Lane Medical Library
STANFORD UNIVERSITY
MAR
8
1938
LIBRARY

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg
(Direktor: Prof. Dr. Gruhle)

Ein Beitrag zur Narkolepsiefrage

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät der
Badisch. Ruprecht-Karls-Universität
zu Heidelberg

vorgelegt von

Heinrich Löwenfeld
aus Berlin

Druck: Friedrich Lamade, Walldorf (Baden) / 1937

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg

Referent: Prof. Dr. Gruhle
Dekan: Prof. Dr. Schneider

Obschon nach der Arbeit von *Redlich* und von ihr angeregt, zahlreiche Fälle von genuiner Narkolepsie veröffentlicht worden sind, ist über die erbliche Belastung der Kranken wenig bekannt geworden. Wir konnten bei einem Falle von genuiner Narkolepsie, den wir längere Zeit in klinischer Beobachtung hatten, die engere und weitere Verwandschaft einer Prüfung unterziehen.

Wir geben im Folgenden eine Verwandschaftstafel unserer Patientin, soweit sie Interesse bietet. Wir haben außer den auf der Tafel verzeichneten, in den Haupt- und Seitenlinien der Verwandschaft eine ungleich größere Anzahl von Gliedern erforscht, lassen sie aber der Übersichtlichkeit halber aus, soweit sie zur Erkenntnis der familiären Belastung nichts wesentliches beitragen.

Von besonderer Bedeutung ist, daß sich in der Verwandschaft unserer Patientin noch 2 Fälle von genuiner Narkolepsie finden. Der eine Fall betrifft die Tante unserer Patientin, eine Schwester ihrer Mutter, der zweite Fall einen Vetter 3. Grades dieser Tante. Bei der relativen Seltenheit der Narkolepsie lassen sich hier, auch bei dem Fall aus der weiteren Verwandschaft, heriditäre Faktoren mit größter Wahrscheinlichkeit annehmen.

Ein zweites Ergebnis ist, daß in dem ganzen großen Personenkreis bis in die weitesten Seitenlinien hinein, soweit es feststellbar war, kein Fall von Epilepsie vorliegt. Da immer wieder, schon durch die von dem

Wort „Anfall" ausgehende Suggestion veranlaßt, von den nahen Beziehungen zwischen Narkolepsie und Epilepsie gesprochen wird, so ist diese Feststellung wichtig, um so mehr, als es sich hier um einen Personenkreis handelt, in dem zahlreiche Verwandtenehen vorgekommen sind, um dessen hereditäre Belastung sich durch das mehrfache Auftreten der verschiedensten Krankheiten wie Narkolepsie, Schizophrenie, Imbezillität und psychopathischen Zügen wie Stottern und verlängertes Bettnässen dokumentiert. Nur zwei Momente sind vorhanden, die an eine gewisse Beziehung zur Epilepsie denken lassen könnten: die mit 47 Jahren an Lungentuberkulose verstorbene Mutter der Patientin litt an „Nervenkopfweh"; sie war an solchen Tagen außerstande etwas zu tun und mußte sich ins Bett legen. Augensymptome hatte sie zwar nicht, eben so wenig Erbrechen. Man muß aber immerhin doch daran denken, daß es sich um echte Migräne gehandelt hat, es läßt sich aber nicht mehr mit Sicherheit feststellen. Das zweite Moment besteht darin, daß sowohl die Kranke selbst wie eine 5-jährige Schwester von ihr Linkshänderinnen sind.

Was nun die Verwandschaft der Kranken im einzelnen betrifft, so hat die Patientin, Fräulein Erna H. (V 9) acht Geschwister. Drei Brüder sind ruhige, ordentliche und leistungsfähige Leute, von denen charakterlich nichts Besonderes zu sagen ist. Der eine, jetzt 22-jährige Bruder (V 7), von Beruf Maurer, war noch im Schulalter Bettnässer. Der vierte, 19-jährige Bruder (V 8) ist imbezill und war bis zu 12 Jahren Bettnässer. Er war in der Schule nicht brauchbar und auch nicht imstande, einen Beruf zu ergreifen; er lebt zu Hause. Charakterlich ist er gutartig. Der fünfte Bruder (V 10) geht noch zur Schule. Er ist sehr schwach begabt und war ebenfalls Bettnässer. Die kleine Schwester (V 12), jetzt 5-jährig, scheint gut begabt zu sein; sie ist Linkshänderin und jetzt noch Bettnässerin. Die ältere 25-jährige Schwester (V 5) führt den großen Haushalt vorzüglich und ist außerordentlich leistungsfähig. Sie macht einen intelligenten, sehr klaren, sachlichen und

vernünftigen Eindruck, doch kommt, sehr unerwartet, heraus, daß sie bisher viermal Zustände von Geistesstörung gehabt hat, die jedesmal in der Menstruation begonnen und 4 – 8 Wochen gedauert haben. Sie selbst kann wenig Auskunft über diese Zeiten geben. Nach Angaben der Angehörigen waren es Zustände von schwerer psychomotorischer Erregung mit außerordentlichem Rededrang. Nach der Schilderung handelt es sich anscheinend um kurz dauernde schizophrene Schübe mit Heilung ohne merkbaren Defekt. Unter den acht Geschwistern finden sich also nur zwei, an denen keine degenerativen Momente festzustellen sind.

Belastung mit krankhaften Anlagen findet man sowohl von väterlicher wie von mütterlicher Seite. Die Mutter litt, wie schon erwähnt, wahrscheinlich an Migräne. Sie war ein intelligenter Mensch, ein warmer und weichmütiger Charakter und in der Familie von allen sehr geliebt. Von ihren sieben Geschwistern sind uns zwei näher bekannt; die anderen sind tüchtige, sozial leistungsfähige, durchschnittliche Leute. Ihre eine Schwester, von der wir weiter unten berichten, leidet an Narkolepsie. Ein Bruder (IV 7) war 1894 im Alter von 25 Jahren, 3 Monate lang in unserer Klinik. Er wurde eingeliefert, weil er sich auf dem Bahnhofe völlig entkleidet hatte. Das Krankenblatt spricht von mäßigem motorischem Drang, heiterer Stimmnng, lustigem flottem Ton, Andeutung von Ideenflucht. Patient gab an, seit Jahren verfolgt und verspottet zu werden, äuserte religiöse Wahnideen verworrener Art und hatte akustische Halluzinationen. Er ist jetzt Beamter in einem kleineren Ort, gilt als sehr tüchtig, ist angeblich angesehen und beliebt, ein frischer und geselliger Mensch und in vielen Vereinen tätiges Mitglied. Der Pfarrer berichtet uns über ihn im gleichen Sinne, fügt aber hinzu, daß er eine besondere Vorliebe für höhere Ideen habe, und daß in den Gesprächen mit ihm über diese Dinge eine gewisse Verschwommenheit und Denkzerfahrenheit zutage trete. Es handelt sich also wahrscheinlich um eine Schizophrenie etwas atypischer Art: mit 25 Jahren ein erster Schub, seit-

dem aber keine greifbaren Spuren zurückgebliebener Defekte.

Die schizophrene Belastung der mütterlichen Familie tritt noch in anderen Gliedern auf. Von der Schwester der Urgroßmutter unserer Kranken (II 8) waren ein Sohn und ein Enkel an paranoider Schizophrenie erkrankt. Allerdings ist hier auch von der Seite der anderen Ehepartner schwere Belastung vorhanden. Ein anderer Fall von Schizophrenie findet sich in einer weiteren Seitenlinie (IV 15). In weiteren nicht mehr zu verfolgenden Seitenlinien, die den gleichen Namen tragen und im selben Dorf leben, findet man ebenfalls mehrere Fälle von Schizophrenie. Ein Vetter der Mutter (IV 11) ist ein äußerst erregbarer Psychopath. Der 3. Fall von Narkolepsie findet sich ebenfalls in der mütterlichen Verwandschaft und zwar bei einem Vetter 3. Grades. Dieser Vetter, dessen Krankengeschichte wir weiter unten berichten, hat von einer leicht debilen Frau 3 imbizelle Kinder, die sich in einer Anstalt für schwachsinnige Kinder als völlig bildungsunfähig erwiesen und bald wieder entlassen wurden (V 13, 14, 16). Ein Sohn ist normal begabt.

Die Belastung von seiten der väterlichen Familie ist geringer, doch während in der mütterlichen Familie viele vorzüglich begabte über dem Durchschnitt stehende Persönlichkeiten vorhanden sind, sind die Verwandten der väterlichen Seite meist mäßig- oder unterbegabt. So auch der Vater selbst, der außerdem stark stottert. Ein Großvater von ihm (II 3) und dessen zwei Brüder (II 1 und 2) waren ebenfalls Stotterer. Unter den Nachkommen eines dieser Brüder finden sich zwei imbezille Geschwister (V 1 und 3). Die Mutter des Vaters unserer Patientin (III 3) stammt aus einer mit Schizophrenien belasteten Familie, ein Enkel ihrer Schwester leidet an Schizophrenie, ebenso finden sich unter einer früher abzweigenden Seitenlinie (auf der Tafel nicht verzeichnet) Schizophrene. Es kommen also auch in der väterlichen Verwandschaft Schizophrene, Züge psychopathischer Minderwertigkeit (Stotterer), Schwachbegabte und Imbezille vor.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Familie unserer Patientin von beiden Elternseiten mit starken degenerativen Erbfaktoren belastet ist. Und zwar finden sich die gleichen Krankheiten auf beiden Seiten, die Narkolepsie selbst findet sich nur in der mütterlichen Linie. Epilepsie ist auf keiner Seite der weiteren Verwandschaft festzustellen.

Wir geben zunächst eine Schilderung der 3 Fälle von Narkolepsie. Die ersten beiden Fälle konnten nur ambulant untersucht werden, der erste (IV 5) einigemale, da das Frl. B. ihre Nichte in der Klinik besuchte, der zweite (IV 13) bei einem Besuch des Arztes in seiner Wohnung. Den dritten Fall konnten wir längere Zeit klinisch beobachten und behandeln. Wir bringen ihn zuletzt, um die Erörterung der Krankheitsbilder an ihn anschließen zu können. Die Fälle sind ausführlicher als sonst meist in der Literatur geschildert, da nicht nur das neurologisch und neurophysiologisch Interessante dieser Krankheit zur Darstellung kommen soll, sondern auch die psychologische Verarbeitung der Krankheit und die damit in Zusammenhang stehende individuelle Lebensgestaltung.

Fall I

Fräulein Maria B., geb. in W. am 14. 12. 61 (IV 5). Eigene Angaben der Kranken: Als Kind gesund, nicht ängstlich, nicht nervös, kein Bettnässen. Mit 13 Jahren erkrankte sie bei einer großen Epidemie an Typhus. Immer gute Schülerin, meist die erste oder zweite. Das Lernen fiel ihr leicht, sie ging gern zur Schule, war überhaupt ein frisches vergnügtes und geselliges Kind. Nach der Schule arbeitete sie lange in der Landwirtschaft der Eltern. Als sie 25 Jahre alt war, mußte sie nach dem Tode der Mutter die Leitung der Landwirtschaft und des Haushaltes übernehmen. Auf die viele Arbeit, besonders auf das „Zackern" führt sie ihre Krankheit zurück. Als der Vater sich zurückzog und die Äcker verteilt wurden, ging sie von daheim und war dann meist in Stellungen, einmal bei einem Lehrer, dann bei einem Steueraufseher (4 1/2 Jahre lang).

Später ging es schlechter, das Arbeiten strengte sie zu sehr an; sie ging dann zeitweise nach Hause zu ihren Geschwistern oder nahm leichte Stellungen an, in denen es nur auf die Vertrauenswürdigkeit der Person ankam. 1907, also mit 46 Jahren wurde sie invalidisiert.

Zur charakterlichen Artung gibt sie an: Sie sei ein heiterer und lebhafter Mensch gewesen; den Männern gegenüber recht zurückhaltend, von den geschlechtlichen Dingen habe sie nichts wissen wollen, sie habe eben immer Jungfrau bleiben wollen. Ihre Mutter habe immer gesagt: entweder heiraten oder ins Kloster gehen. Sie sei auch mit 22 Jahren ins Kloster gegangen, um Schwester zu werden. Sie war ein Jahr dort und wäre wohl auch dort geblieben, wenn sie nicht durch ein Telegramm abgerufen worden wäre, als ihre Mutter schwer krank war und starb. Sie wurde dann von der Familie nicht mehr fortgelassen, sondern mußte als Älteste die Mutterstelle übernehmen. Man habe sie überall gerne gehabt und trotz ihrer Krankheit sei sie immer gerufen worden, wenn man irgendwo Hilfe brauchte; sie habe schon viele Kranke gepflegt.

Zur Krankheit selbst: Das erstemal merkte sie etwas bei der hl. Kommunion einer ihrer Schwestern. Sie selbst war damals 30 Jahre alt. Sie hatte sich sehr abarbeiten müssen, besonders durch Vorbereitungen auf das Fest, die sie noch außer der gewöhnlichen Arbeit machen mußte. Sie bekam damals, während sie Geschirr oder etwas ähnliches trug, plötzlich einen Ruck durch den ganzen Körper, es waren nicht mehrere Zuckungen, sondern ein einziger starker Ruck, aber sie wußte sofort, daß „irgend etwas mit ihr los war", sie nahm es daher nicht leicht. Dieses Zucken wiederholte sich in dieser Zeit öfter, sie habe aber vorher nicht etwa geschlafen, sondern das Zucken sei in voller Wachheit gekommen. Dann merkte sie, daß sie allmählich beim Arbeiten immer müder wurde. Vor allem in der Sommerhitze, aber besonders bei Gewitter wurde sie matt und mußte rasten, hatte aber noch keinen direkten Schlafzwang. Im weiteren Ver-

lauf stellte sich die Schlafsucht zuerst bei der Periode ein, während sie in der übrigen Zeit noch frei war; dann verloren sich allmählich die zeitlichen Unterschiede, und die Schlafsucht hielt bis heute an. 2–3 Jahre nach jener Kommunion trat zum erstenmal der Lachschlag auf. Diesen hatte sie etwa 5–6 Jahre lang, dann verschwand er und kehrte nicht wieder. Und zwar hatte sie ihn damals sehr häufig, d. h. bei jedem etwas vollerem Lachen. Sie fiel nicht hin, sondern knickte nur zusammen, konnte sich aber immer noch halten. Es war nur ein kurzer Moment, so daß sie sich vor dem Hinsinken noch fangen konnte und zwar hielt sie sich dann irgendwo mit den Händen. Jedoch wurden die Hände von dem Anfall ebenso betroffen wie die Beine, sie mußte z. B. Sachen los lassen, die sie in der Hand hatte. Einen affektiven Tonusverlust bei kleinen Aufregungen oder Ärger hat sie nie gehabt, doch gibt sie an, daß sie zwei- oder dreimal in ihrem Leben bei schwereren seelischen Erschütterungen einen totalen Tonusverlust hatte, so daß sie lang hinfiel, also stärker als beim Lachschlag. Das waren aber Momente wirklicher Schmerzen für sie, in denen sie sich schwer im Innersten getroffen fühlte; es kam noch vor 5 Jahren vor, nachdem sie schon lange keinen Lachschlag mehr gehabt hatte.

Zur Schlafsucht gibt sie viele Beispiele. Es scheint daraus bervorzugehen, daß der Schlaf an Tagen, an denen sie angestrengt arbeitet, häufiger auftritt, als an ruhigeren Tagen. Andererseits sind ruhige Tätigkeiten wie z. B. Lesen „wie Schlafpulver" für sie. Bei der Entwicklung der Schlafsucht schlief sie z. B. besonders leicht in der Kirche ein, und zwar gibt sie an, daß sie besonders leicht beim Knieen einschlief und aus diesem Schlaf mit einem Ruck erwachte, wodurch sie erst merkte, daß sie eingeschlafen war. Sie erzählt u. a., daß sie eine Zeitlang jeden Abend nach der Arbeit von einem Ort in der Nähe nach W. laufen mußte. Diesen Weg, der eigentlich eine Stunde währt, konnte sie nie kürzer als in $1^1/_2$ Stunden zurücklegen. Der Schlaf überfiel sie derart, daß sie sich im Walde hin-

setzen mußte, ein paar Minuten schlief und dann erst den Weg fortsetzen konnte. Aber auch beim Gehen schläft sie ein, „es stellt sie", so daß sie dann wieder erwacht und merkt, daß sie stehen geblieben sei. Oft hat sie versucht, das Einschlafen im Gehen zu verhindern, indem sie den ganzen Weg über lief und sprang. Trotzdem aber überfiel sie der Schlaf und sie erwachte stehend. Sie ist z. B. schon eingeschlafen, wenn sie in der Küche einen Teller auf das Tellerbrett schieben wollte und erwachte dann mit erhobener Hand, in der sie den Teller hielt. In solchen Fällen schläft sie aber nur kurze Zeit, sie meint, daß das Wissen um ihr Vorhaben, etwa, daß sie unterwegs oder bei der Arbeit sei, nicht ganz verloren sei. Wenn sie sich z. B. unterwegs gesetzt hatte, um einschlafen zu können, schlief sie nicht für Stunden, sondern nur auf einige Minuten ein. Überhaupt ist der Schlaf, wenn „sie nicht ganz tief gepackt ist", doch nicht so wie der normale Schlaf. Sie weiß z. B., wenn jemand ins Zimmer tritt und sich unterhält und wieder hinausgeht, nach dem Erwachen, daß jemand da war und hat auch eine ungefähre Vorstellung von dem Gesprächsstoff, ohne etwa dem Gespräch wirklich gefolgt zu sein. Die Schlaftiefe hängt anscheinend auch damit zusammen, wielange dem Schlaftrieb Widerstand entgegengesetzt worden ist – bei langem Widerstehen wird er um so tiefer und länger dauern. Trotz dieser relativen Wachheit im Schlaf ist sie schon oft in der Straßenbahn und Eisenbahn an ihrem Ziel vorbeigefahren, was sie mit der besonderen Ermüdung an diesen Tagen infolge anstrengender Arbeit motiviert oder auch damit, daß es spät abends war. Gerade in der letzten Zeit ist sie besonders nach dem Essen, aber zeitweise täglich direkt beim Essen eingeschlafen, etwas, was ihr besonders unangenehm ist. Nach dem Schlaf, besonders wenn er etwas länger gedauert hat, fühlt sie sich doch erfrischt und wieder leistungsfähig; in der letzten Zeit hat sie danach aber oft richtige Anfälle von Gähnen gehabt: sie muß dann manchmal vielleicht 100 mal hintereinander gähnen und kann sich nicht dagegen wehren; danach ist sie dann frischer.

Sie hat nicht das Gefühl, besonders viel zu träumen. Zeitweise hatte sie nachts lebhafte Träume, in denen sie sogar laut sprach. Aber das kommt doch selten vor und ist anscheinend Folge vorhergehender psychischer Alterationen. Mehrfach ist es ihr schon passiert, daß sie, wenn sie nachts sehr spät und übermüdet sich hinlegte, im oder vor dem Einschlafen eine Gestalt neben dem Bett gesehen hat; sie griff nach ihr und merkte erst dann, daß es doch nichts war, es war nur ein „Alpdruck". Besondere Angst glaubt sie nicht gehabt zu haben.

Im ganzen ist die Schlafsucht unverändert geblieben. Sie hat mehrmals Kuren nach Kneipp gemacht, die in genau festgesetzten, meist kalten Bäderprozeduren bestanden und die ihr gut geholfen haben sollen, d. h. sie wurde leistungsfähiger und der Schlaf kam seltener. Jetzt könne sie leider diese Kur nicht mehr machen, da sie Rheumathismus bekommen habe.

Die genaue Präzisierung dieser Einzelheiten machte große Schwierigkeiten, da Frl. B. in ihrem Leiden so lebt, daß sie sich nicht recht in den Fragesteller versetzen kann. Außerdem ist sie von einer außerordentlichen Gesprächigkeit. Sie erzählt von sich aus sehr natürlich und plastisch Einzelheiten und Situationen, ist dabei sehr lebendig und munter, frisch und unbekümmert. Es tritt dabei der Wunsch zutage, alles in ihr Weltbild einzuordnen, sich zu erklären; sie ist eine Frau, die für alles ein Pülverchen hat und gerne einen Rat gibt. Hier ist sie sehr freundlich und entgegenkommend und fühlt sich geehrt, daß man sich soviel mit ihr beschäftigt. Erstaunlich ist ihr Gedächtnis, sie ist die lebendige Kronik des Ortes und der Verwandschaft und konnte uns noch über die entferntesten Familienglieder Auskunft geben.

Nach dem Essen wird sie merkbar schläfrig; man spürt, daß es ihr schwieriger wird, klar zu antworten. Sie meint zwar, sie brauche nicht zu schlafen, sie wolle keine Umstände machen usw., d. h. sie schämt sich etwas, legt sich dann aber hin und schläft sofort ein. Mehrmaliges lautes Öffnen der Tür erweckt sie nicht,

erst etwa nach einer halben Stunde erwacht sie, da die Tür laut aufgerissen wird. Sie muß erst einige Zeit zu sich kommen, ist aber dann wieder frisch und sehr lebendig.

Körperlich wurde sie nicht untersucht. Auffällig war die kleine Pupillenweite. Das Gesicht war etwas gerötet, sonst wurde nichts besonderes festgestellt.

Während sie bei uns einen etwas schwatzhaften, aber dabei recht labendigen und in ihrer Art gescheiten Eindruck machte, ging aus den Angaben oder Andeutungen der Nichten hervor, daß die Tante im Heimatort zwar gern gesehen und beliebt, aber dabei doch etwas zur komischen Figur geworden ist. Die Gründe dafür mögen in der Mischung aus Lebendigkeit, Heiterkeit, Schwatzhaftigkeit und ihrer Schlafsucht liegen, zumal sie auch öfter auf der Straße einschlief. Dazu kommt ihre völlige soziale Leistungsunfähigkeit, die etwa von ihrem 40. Lebensjahr an bestand.

Fall II

Hannes M. geb. in W. 1863, Bauer (IV 13).

Eigene Angaben des M.: Seine Familie ist gesund; er hat mehrere Geschwister, von denen nichts besonderes zu sagen ist. Seine Eltern waren einfache, arbeitsame Leute. Als Kind war er unauffällig, in der Schule lernte er gut. Über seine ckarakterliche Artung vor seiner Erkrankung kann er nichts angeben. Er war so wie alle und hatte viel schaffen müssen.

Mit 27 Jahren kam er für 4 Wochen wegen Holzdiebstahls ins Gefängnis. Er selbst war unschuldig, hatte aber die Schuld auf sich genommen, weil Bruder und Vater wegen des gleichen Delikts schon einmal bestraft worden waren und daher eine wesentlich höhere Strafe zu fürchten hatten. Er hatte angenommen, daß bei ihm. da er noch ganz unbescholten war, überhaupt keine Anzeige gemacht werden würde. Die Strafe habe er sich sehr zu Herzen genommen. Der Rechtsanwalt habe ihm aber abgeraten, Berufung einzulegen, da er sonst wegen Hehlerei und außer ihm noch sein

Vater und Bruder wegen Diebstahls bestraft werden würden. So habe er die Strafe auf sich genommen. (In dieser Gestalt ist die Geschichte auch jetzt noch im Dorf im Umlauf.) Im Gefängnis war eine eisige Kälte. Seine Brust sei angeschwollen wie bei einer Frau. Er habe es kaum aushalten können. Darnach sei er krank geworden. Ob schon im Gefängnis die späteren Erscheinungen auftraten, kann er nicht recht sagen. Er führt die Erkrankung auf den dortigen Aufenthalt mit seinen körperlichen und seelischen Strapazen zurück, kann aber bei präzisen Fragen keine ganz sicheren Antworten geben. Jedenfalls traten bald darauf die Erscheinungen auf, die bis jetzt ziemlich unverändert geblieben sind.

Mit 35 Jahren heiratete er und erzeugte 4 Kinder. Eines von ihnen starb früh. Die drei anderen leben noch; davon sind zwei fast idiotisch. Einer sei intelligent; was die anderen zu wenig haben, habe er zuviel.

Sein Leiden besteht also seit fast 30 Jahren. Etwa 4 – 5 mal am Tage bekommt er eine unüberwindliche Schlafsucht. Er kann wohl dagegen ankämpfen, aber im allgemeinen werde er schließlich doch überwältigt. Das Nahen des Schlafes spüre er als ein unbestimmtes schwer ausdrückbares Gefühl in und über den Augen; es sei ein Ziehen, aber das Wort sei auch nicht das richtige, er hat dann das Bedürfnis, die Augen und die Brauen zu reiben; es ist eben der Schlaf, der über ihn kommt. Wenn er auf dem Felde ist, schläft er dann im Stehen etwa eine Viertelstunde. Darnach kann er wieder schaffen. Im allgemeinen falle er nicht um dabei, lasse auch Werkzeuge, die er in der Hand hat, nicht fallen. Nach Angaben der Frau ist er aber auch schon manchmal, wenn auch sehr selten, umgefallen und dadurch erwacht. Früher als er noch im Hauptberuf Fuhrmann war, sei er oft im Fahren eingeschlafen, doch sei ihm nie etwas dabei passiert. Er wache immer auf, wenn eine Biegung komme oder wenn er merke, daß der Wagen etwas schräg fahre oder ähnliches. Er kann sich dann zusammenreißen und die Sache in Ordnung bringen. Er wacht auf

wenn der Wagen ins Dorf hineinfährt und sich das Pflaster verändert, weil es ihm fürchterlich ist, wenn die Leute im Dorf ihn schlafend sehen. Vor dem Kriege, bis die Lastautos kamen, hatte er die Fuhren für die Zigarrenfabrik im Ort.

Er lege sich nie hin, wenn die Schlafsucht komme. Er schläft auf dem Felde im Stehen, oder zu Hause im Sitzen, nur leicht angelehnt. Wenn er sich hinlegt, so werde das Einschlafen erschwert, das Blut steige ihm zu Kopf, der Kopf beginnt zu toben, es ist wie wenn ein Brausen, ein Wind um den Schädel fährt oder es hämmert – es fällt ihm schwer seinen Zustand dabei zu beschreiben. Die Häufigkeit der Schlafanfälle sei von äußeren Umständen abhängig. Bei schwerer und eintöniger Arbeit kommen sie leichter als bei Arbeiten, die ihn weniger anstrengen. Ebenso hängen sie auch vom Wetter ab, bei Hitze kommen sie leichter als sonst. Vor allem aber, und dabei ganz regelmäßig, beim Essen. Er glaubt überhaupt, daß es sehr viel mit dem Magen zusammenhänge. Er hat oft einen Druck auf dem Magen, er kann das nicht näher ausdrücken, aber er hat das Gefühl, daß der Zustand des Magens mit seiner Schlafsucht in Beziehung stehe.

Die Dauer der Anfälle sei fast nie mehr als eine Viertelstunde, es komme nie vor, daß er etwa tagsüber eine Stunde sich hinlege oder ähnliches. Nie habe er das in seinem Leben getan, beteuert er. Dazu hätte er auch nie Zeit gehabt.

Nachts dauerte es lange bis er eingeschlafen sei. Auch dann ist es so, wie wenn er am Tag liegt: wenn er sich ins Bett legt, steigt das Blut in den Kopf, es brummt und braust in ihm, es hämmert; nach einer Stunde hat er dann Ruhe. Aber der Schlaf selbst ist auch nie ruhig, er sei immer so halbwach und träume äußerst lebhaft, rede laut im Traum von allen möglichen Dingen und wälze sich viel umher.

Außer an seinen Schlafanfällen leidet er auch an affektivem Tonusverlust. Auch darin ist im Laufe der Jahre keine Änderung eingetreten, aber es sei überhaupt nie so häufig vorgekommen. Beim Lachen ist

der Tonusverlust anscheinend fast nie eingetreten; er erinnert sich jedenfalls nicht daran. Es sei wohl überhaupt lange her, daß er gelacht habe. Vor allem kommt der Tonusverlust, wenn er seine Kinder strafen will, es ist ihm dann plötzlich unmöglich zu schlagen, er kann auch nicht reden, die Arme und das Kinn fallen ihm herunter, der ganze Körper sei schwach, er habe völlig die Herrschaft über ihn verloren und könne nichts machen. Dabei ist er aber noch nie in einem solchen Anfall hingefallen, doch spürt er etwas in den Beinen, eine Schwäche und Unfähigkeit, sich zu rühren. Es geht ziemlich schnell vorbei, er meint, es sei nur ein Moment, doch ist er anscheinend auch nachher noch nicht völlig Herr seiner Glieder, jedenfalls führt er dann die gewollte Strafe nicht aus; der Zorn ist dann verraucht, wie er sagt. Auch sonst bei Ärger kommt es. Dann aber kommt es auch manchmal, wenn er mit Fremden im Gespräch ist, anscheinend, wenn er etwas sagen will und es ihm schwer fällt, es so auszudrücken, wie er will. Das scheint ihm besonders unangenehm und rätselhaft zu sein.

Über epileptische und ähnliche Zustände ist nichts zu erfahren.

M. sitzt zu Beginn des Gespräches schwer und dumpf am Tisch und schneidet sich große Stücke Fleisch ab, die er dann mit der Hand in den Mund stopft. Er ist auf den Besuch des Arztes vorbereitet, jedoch kümmert er sich erst sehr wenig um ihn, ißt ruhig weiter und antwortet träge und müde, mit vollem Munde. Er ist groß gewachsen und trotzdem er nicht dick ist, stehen alle seine Bewegungen wie unter einem Druck. Er ist, auch am Anfang, keineswegs unfreundlich, aber es dauert eine Viertelstunde oder noch länger, bis man ihn gewissermaßen angekurbelt hat, so daß er auch von selbst weiter spricht. Allmählich taut er dann auf und erzählt. Ich hatte den Eindruck, daß er vielleicht Jahrzehnte nicht mehr so viel und so frei gesprochen habe.

Sein Leben ist sowohl durch die damalige Strafe wie durch das Leiden, das sich darnach entwickelte,

bestimmt worden. Nach seiner Heirat befragt, erzählt er, er habe keine Auswahl mehr gehabt, er habe wohl an andere gedacht, aber er sei wegen seines Leidens allgemeiner Gegenstand des Spottes gewesen. Ja wenn einer eine Schwindsucht hat, dann haben sie Mitleid mit ihm, aber was er habe, sei keine richtige Krankheit und keine richtige Gesundheit; niemand wisse, was er durchgemacht habe. Sein ganzes Leben ist ein Kampf dagegen gewesen, aber er habe sich doch nicht unterkriegen lassen; wie sollte er auch, er habe ja Tag und Nacht schaffen müssen, und jetzt, solange er lebe, müsse er noch für die Kinder schaffen; wenn er nicht mehr da sein werde, müssen sie ja doch in die Anstalt. Und mit der Frau, die ist ihm immer nachgelaufen und hat ihm keine Ruhe gelassen, und dann hatte sie schon ein Kind von ihm, und dann war das zweite unterwegs, und da hat er dann geheiratet. (Beide Kinder sind bald nach der Geburt als Idioten erkannt worden.) Sie hat halt nichts gehabt, aber sonst sei es schließlich ganz gut mit ihr gegangen.

Dauernd hat er unter dem Druck seiner Krankheit gestanden und steht noch jetzt darunter. Bei der Frage, ob er sich auf dem Felde, wenn er einschlafe, hinsetze, wehrt er ab, das sei ja ganz unmöglich, da würden die Leute darüber reden, das würde man doch weit und breit sehen usw. Ebenso fällt es ihm schwer, sich über die Anfälle von Tonusverlust auszusprechen; seine Antworten kommen, als ob er erst eine ungeheuere Last wegwälzen müßte, als ob man etwas aufrührt, das sonst tief vergraben und verschüttet und nie ausgesprochen in ihm ruht. Er bestätigt auch ohne weiteres, daß er sehr empfindlich und reizbar durch sein Leiden sei, er meint, das komme daher, daß die Leute eben darüber schwätzen, wenn sie nur etwas sehen.

Sein Leben schildert er, als ob es nichts als Arbeit gewesen wäre, Arbeit von morgens 4 Uhr bis 11 Uhr abends, mit geringem Ertrag. Am Sonntag geht er manchmal ins Wirtshaus und trinkt ein paar Schoppen Bier. Auch jetzt ist er im Begriff zu gehen. Man hat die Vermutung, daß er hingehen wird, einen Schoppen

nach dem andern trinken, jede Stunde mal ein Wort sagen und dann heimgehen wird.

Seine idiotische Tochter hat ein Kind von 14 Monaten, das gesund und gut aussieht. Er sagt, das sei gescheit, das merke man jetzt schon. Er läßt sich das Kind von seinem blöden 20-jährigen Sohn bringen, nimmt es in die Arme und es scheint, als ob für einen Augenblick eine zwar müde, doch noch ursprüngliche Regung in ihm lebendig wird. Der Vater des Kindes ist unbekannt, die Tochter kann nichts darüber sagen. Im Dorf reden sie, daß ihr eigener Bruder der Vater sei, aber das sei Unsinn, der sei dazu ja garnicht imstande, er habe ja kein Haar an seinem Körper. Das sei unterwegs passiert im Walde nach K. zu. Und man habe das Kind doch nicht totschlagen können, als es einmal da war. Und Milch haben sie ja auch genug gehabt, so daß es gedeihen konnte. Sie haben es bei sich behalten und wenn es gestorben wäre, wäre es auch kein Unglück gewesen. Beim Abschied versucht er freundlich zu sein, der Herr Doktor solle nur wiederkommen, wenn er noch einmal nach W. komme.

Körperlich wurde M. nicht untersucht. Auffallend waren die sehr kleinen Pupillen.

Die Frau macht einen debilen Eindruck, ihre Heiterkeit wirkt leer und läppisch; der Haushalt sieht außerordentlich vernachlässigt aus.

Fall III

Erna H., geb. 8. 8. 1911 in W. (V 9).

Wir geben die Vorgeschichte im wesentlichen nach ihren eigenen Angaben, unter Verwendung der Angaben ihrer älteren Schwester, die mit ihnen größtenteils übereinstimmen: Als Kind zeigte Erna keine Besonderheiten. Sie lernte zur rechten Zeit laufen und sprechen und machte in der Erziehung keine Schwierigkeiten. Sie war immer leicht ängstlich und litt insbesondere unter Dunkelangst. In der Volksschule kam sie gut mit und galt als ein begabtes, interessiertes, fleißiges und strebsames Mädchen, das auf sich

hielt. Sie war etwas empfindlich, dabei aber eine freundliche, heitere und gesellige Natur und beliebt bei ihren Mitschülerinnen und zahlreichen Freundinnen. Neben der Schularbeit mußte sie schon früh zu Hause stark mitarbeiten, eine kleine Schwester hüten und bei der Pflege der kranken Mutter, an der sie sehr hing, helfen. Außer einer Grippe, die sie im Alter von 11 Jahren hatte, machte sie keine Krankheiten durch. Diese Grippe war leichter Natur, ein Arzt wurde nicht zugezogen. Die Patientin hatte etwa 2 Wochen lang Fieber und Kopfschmerzen, aber keinen Speichelfluß, kein Doppeltsehen oder sonstige Zeichen einer Enzephalitis.

Mit 12 Jahren zeigten sich die ersten Erscheinungen ihrer jetzigen Krankheit. Die Kranke hatte nach dem Lachen leichte Zuckungen in den Wangen und besonders in den Mundwinkeln. Diese Zuckungen verstärkten sich allmählich. Sie bemerkte auch, daß sie momentweise beim Lachen mit den Armen zuckte und manchmal etwas, das sie in der Hand hielt, hinfallen ließ. Im Anfang trat dies nur bei heftigem Lachen auf, allmählich auch schon bei leichtem. Sie hatte immer viel gelacht, aber sie bemerkte jetzt auch, daß sie bei lächerlichen Situationen länger lachen mußte als sonst, nicht recht aufhören konnte und auch gegen ihren Willen lachen mußte. Nachdem dieses Gefühl der Schwäche beim Lachen und der Wehrlosigkeit gegenüber dem Lachen im Verein mit den leichten Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur etwa 1 1/2 Jahr bestand, änderten sich die Erscheinungen allmählich. Die Schwäche beim Lachen nahm zu und sie stürzte zusammen, zuerst nur bei stärkerem und allmählich schon bei leichterem Lachen. Wenn sie am Boden lag, liefen oft vereinzelte Zuckungen durch den Körper. In jener Zeit suchte sie, 14 Jahre alt, gelegentlich die hiesige psychiatrische Poliklinik auf. Damals klagte sie schon über häufige Müdigkeit und Schläfrigkeit und über oft auftretende Kopfschmerzen. Es wurde ihr Luminal verordnet, jedoch erfolglos. 2 Jahre später, im Juli 1927 suchte sie wieder die Poliklinik auf und wurde in die Klinik aufgenommen.

Die Krankheitserscheinungen haben seither wesentlich zugenommen. Die Anfälle von allgemeinem Tonusverlust traten jetzt auch bei Ärger und Aufregungen auf. Sie erzählt z. B. folgenden Vorgang: Der Bruder hatte sie einmal geärgert, sie wollte ihm eine Ohrfeige geben, konnte es aber längere Zeit nicht, bekam endlich die Kraft dazu und fiel sofort nach der Ohrfeige zusammen. Öfter verletzte sie sich beim Hinfallen am Kopf. Das Bewußtsein blieb dabei erhalten, auch trat kein Urinabgang beim Anfall ein. Der Ablauf der Anfälle hat sich insofern geändert, als sie jetzt gleich zusammenstürzt, ohne daß es vorher im Gesicht oder in den Gliedern zuckt; auch nach dem Hinstürzen hat sie keine Zuckungen mehr. Auch das Lachen selbst habe sich gewandelt. Sie könne überhaupt nicht laut lachen, sondern verbeiße es oder lache nur leise und tonlos in sich hinein.

Seit etwa 2 Jahren leidet sie auch an Anfällen von Schlafsucht. Es überfällt sie eine große Müdigkeit, die immer unbezwinglicher wird; sie findet noch Zeit sich hinzulegen oder zu setzen und schläft ein. Die Länge des Schlafes und auch die Häufigkeit des Auftretens des Schlafzwanges richten sich zum Teil nach der Dauer und Festigkeit des Nachtschlafes und nach der Art der Beschäftigung am Tage; sie wechseln aber auch, ohne, daß klar erkennbare Ursachen vorliegen. Am stärksten tritt das Schlafbedürfnis am Nachmittage auf. Auch die Schlaftiefe ist wechselnd und richtet sich vor allem nach der Situation, in der die Patientin sich befindet. Nach der Schulentlassung war sie zuerst zu Hause tätig, dann als Arbeiterin in einer Zigarrenfabrik. Wenn sie bei der Arbeit einschlief, so schlief sie nur für einige Minuten und so leise, daß sie alles hörte, was um sie vorging. Legte sie sich zu Hause nach Tisch hin, so schlief sie tief und oft 2 – 3 Stunden. In der Fabrik hatte sie gegen eine dauernde Müdigkeit und Schläfrigkeit zu kämpfen, so daß sie sehr langsam arbeitete und wenig leistete. Sie gab die Fabrikarbeit nach einem halben Jahr auf, da sie die Arbeit nicht bewältigen konnte und man nicht zu-

frieden mit ihr war. Das war die wesentliche Veranlassung für sie, jetzt in die Klinik zu kommen. Aber auch bei der häuslichen Beschäftigung ermüdet sie sehr leicht. Beim Lesen ist sie der Gefahr des Einschlafens noch stärker ausgesetzt. Die allgemeine Müdigkeit und vor allem die leichte Ermüdbarkeit ist im großen und ganzen dauernd gleich, wenn sie auch an manchen Tagen stärker, an manchen schwächer auftritt. Aus dieser Mattheit heraus treten 2–6 mal am Tage Zustände von Schlafsucht auf, denen sie fast keinen Widerstand entgegensetzen kann. Je eintöniger die Beschäftigung ist, um so schwerer ist es ihr Widerstand zu leisten; sie muß z. B. von einer gleichmässigen Tätigkeit wie Nähen oder Zigarrenwickeln aufstehen, hin- und hergehen und auf diese Weise versuchen, den Schlaf zu vertreiben. In der Kirche, wo sie vor allem bei längerem Knieen besonders leicht einschläft, versucht sie das Einschlafen durch Bewegen der Arme zu verhindern. Manchmal soll die Müdigkeit auch ganz plötzlich eingetreten sein, z. B. beim Essen. Sie hat dabei schon den Löffel fallen lassen, hat beim Nähen einige Stiche falsch genäht, ist dann plötzlich aufgeschreckt und eingeschlafen. Beim Gehen ist sie noch nicht in Schlaf gefallen. Allzustarker Widerstand gegen das Einschlafen rächt sich durch das Auftreten von Kopfschmerzen. Auch sonst leidet sie viel daran, vor allem oft nach dem Erwachen nach solchen Schlafsuchtanfällen.

Der nächtliche Schlaf ist sehr unruhig, sie träumt viel, ist laut im Schlaf, wirft sich viel im Bett umher. Ihre Träume weiß sie immer am Morgen und beschäftigt sich viel mit Ihnen. Es wiederholen sich oft die gleichen Träume; sie schwimmt oder ertrinkt im Wasser oder Schlamm, sie fliegt über die Häuser und ähnliches.

Ihr selbst wie ihren Angehörigen ist es aufgefallen, daß sie leichter erregbar, empfindlich und reizbar geworden ist. Über jede Kleinigkeit rege sie sich auf. Widerspreche man ihr, so könne es geschehen, daß sie unbeherrscht drauflos schlage.

Die Periode, die mit 14 Jahren zum erstenmal auftrat, war regelmäßig und ohne besondere Beschwerden, doch sind ihre Krankheitserscheinungen an diesen Tagen außerordentlich verstärkt.

Während der klinischen Beobachtung war die Kranke in der ersten Zeit auffallend schüchtern und geniert. Sprach man über allgemeine Dinge, so zeigte sie sich interessiert, für ihr Milieu und Alter recht gut unterrichtet, und die Unterhaltung ging ohne Schwierigkeiten. Sowie man aber auf ihre Krankheit kam, wurde sie wortkarg und gab nur widerwillig und langsam Auskunft. Wenn sich auch ihre Scheu später etwas legte, so blieb es immer schwierig, über ihr Krankheitsbild eingehender mit ihr zu sprechen. Man hatte das Gefühl, daß sie sich ihrer Krankheit außerordentlich schämte und den gesamten Krankheitskomplex irgendwie absperrte. Daher waren ihre Angaben über differenziertere Einzelheiten oft unklar. Sie hatte ein äußerst schweres Krankheitsgefühl, das ihre Einstellung zur Umwelt beherrschte und überhaupt ihre seelische Gesamtsituation in wesentlich bestimmendem Maße beeinflußte. Sie war außerordentlich sensibel, hatte ein überraschendes Verständnis für Nuancen und eine besondere Wachheit in den Dingen, die sie angingen. So empfand sie die Diskrepanz zwischen ihrer eigenen Stellung zu ihrer Krankheit und derjenigen der Ärzte außerordentlich tiefgehend. Sie war einerseits erfreut, daß man sich viel mit ihr beschäftigte, zumal sie hoffte, daß man einen Weg zur Heilung fände, andererseits litt sie offensichtlich unter dem Gefühl, Beobachtungsobjekt zu sein. Dabei war sie so scheu und verhalten, daß sie sich fast nie darüber aussprechen konnte. Besonders litt sie darunter, daß die Ärzte einen Anfall von Tonusverlust sehen wollten. Die Bemühungen, sie zum Lachen zu bringen quälten sie. Während sie auf der Abteilung im Verkehr mit den anderen Patienten und den anderen Schwestern schon vielfach totale Tonusverlustanfälle hatte, konnten wir trotz vieler Bemühungen lange Zeit keinen sehen. Sie litt auch in auffallender Weise darunter, daß sie vor

den Ärzten in der einfachen Krankenkleidung erscheinen müsse, daß sie ihre Haarspange nicht habe und daher so fürchterlich aussehe. Sie war mehrfach nach Untersuchungen und Unterhaltungen verstimmt und gedrückt. Als Grund dafür konnte sie nach eingehendem Befragen nur angeben, sie sei so niedergeschlagen, weil sie ihre Schuhe nicht habe, in solchen Kleidern vor uns erscheinen müsse usw.

Ihre Stimmungslage war im allgemeinen etwas gedrückt, doch war sie sehr lebhaft, nahm viel Anteil an ihrer Umgebung und man merkte, daß sie eigentlich eine heitere und lebendige Natur hatte, jetzt aber von dem Gedanken an ihre Krankheit besetzt war. Sie hatte vor allem Angst, so zu werden wie ihre Tante, die infolge ihres Leidens kein vollwertiger Mensch mehr sei. Sie wurde innerlich schwer getroffen, wenn man im Laufe des Gesprächs zwischen ihren Symptomen und denen der Tante Vergleiche zog oder entsprechende Fragen stellte — auch hier zeigte sie eine auffallende Sensibilität, die schon auf leise Andeutungen anschlug. Trotz aller Schüchternheit und Verlegenheit zeigte sie ein großes Anlehnungsbedürfnis und eine gewisse Anschmiegsamkeit. Bei den zahlreichen Gesprächen und Beobachtungen traten verschiedene Momente deutlicher zutage, die zuerst nicht auffielen. Es wurde eine allgemeine Schlaffheit und Unsicherheit in den Bewegungen deutlich, besonders unsicher ausfahrende Bewegungen der Arme und Beine. Diese Unsicherheit in den Bewegungen trat anscheinend nur auf, wenn man mit ihr sprach und sie dadurch affektiv irgendwie berührt wurde. Immer traten sie beim Lachen auf, auch schon bei ganz leichtem Lächeln. Sowie das Lachen etwas stärker wurde, beugte sie (im Sitzen) den Kopf etwas seitlich vor, bedeckte und versteckte ihn mit den Armen und beugte in dieser Kopfhaltung dann den ganzen Oberkörper nieder, auch etwas seitlich, bis sie mit ihm ihre Beine berührte. Dieses Ganze lief recht schnell ab, so daß es kaum auffiel. Doch traten solche und ähnliche Bewegungsabläufe in typischer Weise immer wieder auf. Dabei

konnte man feststellen, daß sie sich, sowie sie im Laufe einer Unterhaltung aufzutreten begannen, dann häufig wiederholten. Es trat also eine allgemeine tonische Unsicherheit ein, die man durch Fragen oder Scherze provozieren und verstärken konnte. Sie selbst gab an, daß sie diese Bewegungen, besonders die Beugung des Oberkörpers mache, um einen vollen Tonusverlust zu verhindern: sie spüre ihn kommen, in den Händen und in den Beinen und dann mache sie diese Bewegungen. Solche Vorgänge des Spürens der eintretenden Schwäche und des Sichfangens und Abwehrens waren anscheinend bei ihr sehr häufig, doch entzogen sie sich oft der Beobachtung. Hingegen gelang es im allgemeinen sehr schwer, einen richtigen Anfall zu provozieren; sie nahm sich außerordentlich zusammen, daß sie nicht ins Lachen komme. Auch der Hinweis und die Mahnung, daß die Ärzte doch einmal einen richtigen Anfall sehen müßten, veränderte ihr Verhalten nicht. Trotzdem wurden im Laufe ihres langen Aufenthaltes in der Klinik zahlreiche Anfälle beobachtet. Der erste von ärztlicher Seite provozierte Anfall trat ein, nachdem sich die oben beschriebenen Prodomalerscheinungen schon in stärkster Weise eingestellt hatten. Auf einmal sank sie im Oberkörper zusammen, ihr sonst leises Lachen wurde völlig tonlos. Als sie in diesem Moment durch den Arzt vom Stuhl aufgerüttelt wurde, stürzte sie sofort zu Boden. Kurz darauf trat ein weiterer Anfall ein: als sie auf den Arzt zugehen sollte, sank sie kurz vor ihm auf den Boden hin. Dabei konnte das Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe und etwa nach einer halben bis einer Minute ihr Wiederauftreten mit Sicherheit festgestellt werden. Dieses Fehlen der Eigenreflexe für die Dauer des Anfalls konnte man immer wieder finden. Die Atonie selbst währte etwa 2 Minuten. Schon vor ihrem Schwinden konnte die Kranke auf Aufforderung die Arme heben, doch sanken sie sofort wieder herunter, bis es ihr schließlich gelang, sie richtig in die Gewalt zu bekommen. Nach diesen Anfällen war sie schwer verstimmt, sie könne immer heulen, wie sie sagte. Diese Verstimmung währte nur kurze Zeit, kaum länger

als einige Minuten. Die Zahl dieser Anfälle von Tonusverlust wechselte entsprechend ihrer reaktiven Auslösung. Außer dieser exogenen Komponente spielten aber auch schwer kontrollierbare endogene Faktoren eine Rolle. Sie hatte Tage, an denen sie, wie sie sagte, dauernd zusammenknicken könnte und an denen sie ständig das Gefühl einer besonderen Hypotonie hatte. An solchen Tagen lag die Schwelle des Reizes, der zum Tonusverlust führte, viel tiefer, und sie konnte zahllose Male zusammenstürzen. Sie war an solchen Tagen auch meist ausgesprochen verstimmt. An einigen Tagen, an denen es sehr heiß war, fiel dies besonders auf.

Den Anfall spürte die Patientin ihrer Angabe nach zuerst in den Armen. Paraesthesien waren nicht festzustellen. Sie spürte nur, daß sie die Herrschaft verlor. Die Schnelligkeit, mit der die verschiedenen Muskelgruppen ergriffen wurden, war wechselnd. Oft fiel der Kopf mit einem plötzlichen Ruck auf die Brust herunter. Sie hatte bis zu einem gewissen Grade die Möglichkeit, die Richtung des Hinfallens zu dirigieren. Wenn sie z. B. auf der Bank saß, so fiel sie selten nach vorne herunter, fast immer seitlich mit dem Oberkörper auf die Bank, wobei der Kopf oft stark aufschlug. Trotzdem sie manchmal mit großer Heftigkeit stürzte, verletzte sie sich nie ernstlich, da es ihr beim Nahen des Tonusverlustes möglich war, durch das Dirigieren der Fallrichtung gefährliche Ecken und Kanten zu vermeiden. Beulen auf der Stirn hatte sie jedoch öfters. Der Tonusverlust beim Lachen trat langsamer und in wechselnden Muskelgruppen auf, die Stärke der Hypotonie war dabei wechselnd, die Patientin „fing" sich oft wieder, um dann doch noch atonisch zu werden. Der Tonusverlust bei andersartigen Gemütserregungen war anfallsmäßiger, sie stürzte meist mit einem Ruck zu Boden.

Ihre Schlafzustände konnten wir weniger gut und seltener beobachten. Die von ihr angegebene Beziehung zwischen dem Nachtschlaf und den Schlafsuchtanfällen am Tage war nicht immer eindeutig. Der Nachtschlaf selbst war sehr wechselnd. Zeitweise

schlief sie nur einige Stunden fest und konnte dann nicht mehr einschlafen. Sie litt vor allem unter lebhaften Träumen. Ein solcher Schlaf war für sie dann wenig erquickend, sie erwachte erschöpft und mißgestimmt. Sie erwachte oft aus den Träumen und wenn sie wieder einschlief, setzten sich die Träume fort. Sie hatte oft die gleichen Träume, dieselben, die sie schon von früher berichtete: sie ertrinkt oder sie schwimmt im Wasser oder sie liegt im Wasser, rechts und links von ihr treibt es vorbei, sie schwankt hin und her, oder ihr Bett fliegt mit ihr über Häuser, sie hat Angst, wenn ein Haus höher ist und das Bett nicht hinüber kann. Oft kommen Träume, in denen sie verfolgt wird. Auffallend an ihrem Nachtschlaf war die häufig auftretende lebhafte Motorik, sie „schaffe" immer mit den Händen, wie sie sagte. Sie will jemanden schlagen und erwachte von der Heftigkeit der ausgeführten Bewegung. Oder sie will z. B. jemandem die Hand geben und erwachte davon, daß ihre Hand vom Bett ausgestreckt ins leere greift. Sie sprach und schrie auch viel aus dem Schlaf heraus.

In manchen Nächten schlief sie aber auch ruhig und war am Morgen frisch. Die Schlaftiefe war dementsprechend verschieden, was mehrfach durch Versuche, sie zu wecken, festgestellt werden konnte. Die Dauer des Nachtschlafes war nie verlängert. Meist schon vor dem Erwachen der Umgebung oder zugleich war sie ebenfalls wach. In der ersten Zeit ihres Hierseins schlief sie, im Bett gelassen, nach 2 Stunden wieder ein und erwachte erst gegen Mittag. Am Nachmittag gegen 1 Uhr stand sie auf und war frisch bis zum Abend. Später stand sie früh auf und beschäftigte sich zum Teil in der Nähstube, zum Teil mit Haus- und Küchenarbeiten. Im ganzen führte sie ein wenig anstrengendes Leben. Die Schlafsucht trat besonders bei den Näharbeiten ein, an manchen Vormittagen gar nicht, an anderen 1 – 2 mal. Sie wurde in der Arbeit langsam, machte Fehler, kämpfte mit Anstrengung gegen das Schlafbedürfnis, verließ schließlich die Nähstube und setzte sich irgendwo hin, wo sie den

Kopf stützen konnte. Sie legte meist die Arme auf den Tisch und schlief sofort im Sitzen ein. Nach 5 bis 10 Minuten erwachte sie und ging wieder zur Arbeit. Am Nachmittag kam die Schläfrigkeit fast täglich über sie. Oft gelang es ihr, sie dadurch zu verscheuchen, daß sie sich Bewegung machte, etwas im Freien ging oder den Kopf ins kalte Wasser tauchte. Manchmal fühlte sie sich jedoch so müde, daß sie sich ins Bett legte und etwa 2 Stunden schlief. Beim Arbeiten im Freien oder auch in der Küche mit viel Bewegung kam die Müdigkeit viel seltener. Die Schlaftiefe des Schlafes am Tage war wechselnd. Manchmal wurde sie nachmittags in einem derartig tiefen Schlaf angetroffen, daß sie weder durch mehrfache passive Bewegungen der Augenlieder, noch der Arme und Beine erwachte. Meistens war der Schlaf aber oberflächlicher; sie erwachte schon wenn man ans Bett trat. Der Schlaf im Sitzen war noch oberflächlicher; sie merkte oft die Vorgänge um sich herum und konnte sofort erwachen. Eigentliche „Schlafanfälle" ohne vorhergehende Müdigkeit wurden nicht beobachtet.

Neben der plötzlich einsetzenden Schlafsucht bestand noch oft eine graduell wechselnde allgemeine Müdigkeit und Schlappheit, die dann nicht zu einem unüberwindlichen Schlafzwang führte, sondern einige Stunden oder den ganzen Tag über anhielt. Die allgemeine Schlappheit wurde von ihr als wesentlichstes Krankheitsmoment empfunden, da ihre Arbeitsfähigkeit weniger von den vorübergehenden Schlafsuchtanfällen als von dem Maße ihrer geistigen und körperlichen Frische bestimmt wurde.

Wir nahmen bei der Kranken wiederholt Tonusprüfungen (Goldstein) vor, bei denen die Resultate sehr wechselnd waren.

Bei passivem Beugen und Strecken der Füße bei der liegenden Patientin konnten an den meisten Tagen gleichsinnige Bewegungen der Hände und Arme gefunden werden. Diese Reflexe wurden meist während des Versuches leichter auslösbar, so daß es zeitweilig schon genügte, die Zehen eines Fußes zu beugen oder

zu strecken, um in beiden Händen gleichsinnige Bewegungen hervorzurufen. Alle Tonusreflexe schienen rechts leichter auslösbar. Zur Vornahme dieser Versuche im Zustande des Tonusverlustes liesen wir, während die Patientin mit erhobenen Armen auf einem Ruhebett lag, auf einem Grammophon eine „Lachplatte" spielen. Die Patientin wurde von einem kaum hör- und sichtbaren Lachen befallen. Dieses Lachen ist schwer beschreiblich. Die Patientin war dabei innerlich völlig verzweifelt, mußte sich widerstandslos ihrem Zustande überlassen und geriet in einen, im Gegensatz zu der sonstigen kurzen Dauer, minutenlangen graduell schwankenden Tonusverlust. Plötzlich sanken die Arme, zuerst der rechte, hinunter, sie streckte sie wieder, machte mehrmals vergebliche Versuche, die man durch Aufrichten der Arme noch verlängern konnte, dann trat ein totaler Tonusverlust ein. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe waren aufgehoben, die Muskeln völlig atonisch. Der Drehreflex des ganzen Körpers war beim Drehen oder fast nur Erheben der Schulter oder des Kopfes beiderseits leicht auszulösen. Der Babinskireflex war nicht auszulösen, jedoch fiel auf, daß öfter spontan eine Babinski-Stellung an beiden Füßen auftrat.

Bei der körperlichen Untersuchung des kleinen, gut proportionierten und in gutem Ernährungszustand befindlichen Mädchens wurde folgender Befund erhoben:

Im Gesichtsschnitt fielen die in mongoloider Bildung leicht schräg stehenden schmalen Augen und engen Lidspalten auf. Skelett und Muskulatur waren gut entwickelt.

Die inneren Organe zeigten keinen krankhaften Befund. Der Blutdruck betrug 120 mm Hg Rr. Der Urin war frei von Zucker und Eiweiß. Die Wassermann'sche Reaktion im Blut war negativ. Die röntgenologische Aufnahme des Schädels zeigte keine krankhaften Verhältnisse, insbesondere keine Veränderungen Sella turcica.

Die Pupillen waren rund, eng, gleichweit und verengten sich prompt auf Lichteinfall und Naheinstellung. Der Visus und das Gesichtsfeld beider Augen waren

normal, ebenso der Augenhintergrund. Die Hörprüfung ergab beiderseits normales Gehör. Der Vestibularapparat erwies sich bei der calorischen Prüfung (nach Kobrack) links als etwas überempfindlich, rechts als im wesentlichen normal erregbar. Abgesehen von diesem Befund waren die übrigen Hirnnerven motorisch und sensibel intakt. Alle Eigenhaut- und Schleimhautreflexe waren bei der Auslösung lebhaft, doch seitengleich. Es fanden sich keine spastischen Reflexe und keine Kloni. In der Gesamtmuskulatur fand sich allgemein eine geringe Hypotonie, deren Größe wechselte. Die Koordination, der Lagesinn, die Sensibilität und der Gang waren intakt.

Die von Oberarzt *Krauß* (medizinische Poliklinik) vorgenommene Untersuchung des Grundumsatzes ergab keine Abweichung von der Norm.

Die in der Kinderklinik ausgeführte Untersuchung des Blutes (Prof. *György*) ergab normale Calcium- und Phosphatwerte. Die Blutkörperchenzählung ergab normale Werte. Das Blutbild zeigte wiederholt eine Lymphozythose von etwa 45 %.

Wir fassen die wichtigsten Momente des Krankheitsbildes bei der Patientin zusammen:

Im Laufe von 4 Jahren stellte sich eine langsam progrediente Entwicklung aller Krankheitssymptome ein: der allgemeinen Müdigkeit und Schlappheit, der Anfälle von Schlafsucht und von Tonusverlust nach Lachen und anderen Gemütsbewegungen. Dabei bot der Tonusverlust beim Lachen nicht ganz das gleiche Bild wie bei sonstigen Affekten. Beim Lachen leistete die Patientin offenbar Widerstand, sowohl beim Lachen selbst wie bei der eintretenden Schwäche, – sie „fing" sich oft wieder; – auch wurden nicht alle Muskelgruppen gleichzeitig betroffen; das Bild war vielmehr uneinheitlich, schwankend und wechselnd. Bei anderen Affekten trat der Tonusverlust mit einem Schlage ein, sie stürzte sofort zusammen. Stets blieb die Kranke bei Bewußtsein, wenn dies auch durch den an ihr ablaufenden Vorgang zeitweilig eingeengt wurde. Ferner

war das Krankheitsbild durch Zustände von Schlafsucht charakterisiert. Wir vermeiden absichtlich den gebräuchlichen Ausdruck „Schlafanfälle", da er unserer Meinung nach verschiedentlich zu irrtümlicher Einschätzung dieser Zustände geführt hat und auch ihr Wesen nicht richtig kennzeichnet. Bei unseren 3 Patienten trat jedenfalls der Schlaf nicht unvorbereitet und nicht anfallsartig, sondern allmählich, gewissermaßen zwangsmäßig auf. Er ließ sich durch energischen Widerstand, durch körperliche Bewegung oder durch körperliche Reize wie z. B. kaltes Wasser oft vermeiden oder wenigstens hinausschieben. Man darf vielleicht sagen, daß die Schlafsucht häufig plötzlich und anfallsartig auftrat, der Schlaf selbst aber erfolgte in normaler physiologischer Weise aus dem pathologischen, oft unüberwindlichen Schlafbedürfnis. Daß nicht der Schlafanfall das eigentliche Krankheitssymptom war, erhellt daraus, daß er vorübergehend war und vertrieben werden konnte, aber doch als krankhaft empfunden wurde, da es äußerlich nicht begründet, unzeitgemäß und lähmend auftrat. Daß das Einschlafen oft plötzlich, gewissermaßen mit einem Schlage erfolgte, entspricht ganz dem Typ des Einschlafens beim Gesunden, wenn er dem Schlafe Widerstand leistet, z. B. bei Nachtwachen: er wird plötzlich, aber nach stärkster Müdigkeit vom Schlafe überwältigt. Dieses Überwältigtwerden ist das, was für den Betrachter anfallsartig wirken kann, es entspricht aber unter Berücksichtigung der krankhaften Schlafsucht ganz dem normalen Einschlafen. Wir betonen dies ausdrücklich, um die Zustände von Schlafsucht von den Anfällen von Tonusverlust scharf abzugrenzen, worauf wir weiter unten noch einmal zurückkommen werden.

Wir wenden uns zunächst einem Problem zu, das bisher wenig beachtet worden ist. Die Psyche der Narkoleptiker ist von den Autoren meist mit wenigen Worten abgetan worden. Die Fälle konnten auch meist nur kurze Zeit beobachtet werden. U. E. liegt darin ein Mangel, da das Erscheinungsbild der Krankheit wesentlich durch das Seelenleben der Kranken

bestimmt wird. Auch die noch in den letzten Arbeiten wiederkehrenden Zweifel an der Krankheit selbst und der Meinungsstreit der Autoren über entscheidende Punkte sind zum Teil darauf zurückzuführen, daß nicht beachtet wurde, wie die Krankheitsbilder der an Narkolepsie Leidenden ihr mannigfaltiges und unterschiedliches Gepräge zum erheblichen Teil durch die Persönlichkeit des Patienten erhalten. Denn ein die Narkolepsie von anderen Krankheiten unterscheidendes und charakterisierendes Moment besteht darin, daß die Krankheitserscheinungen nicht (wie bei anderen organischen Krankheiten) als vom Ich unabhängige und unbeeinflußbare Geschehnisse ablaufen und aufgefaßt werden, sondern vom affektiven Leben und damit auch vom Willen abhängig und beeinflußbar sind; die Persönlichkeit wird daher in stärkster Weise von der Krankheit beherrscht und in einen Kampf mit ihr hineingezogen.

Wir stellen nun drei Fragen:

1. Ist für die narkoleptische Erkrankung eine psychopatische Konstitution Voraussetzung?

2. Wie weit bestimmt die Psyche das Krankheitsbild.

3. Welche Wirkung hat die Krankheit auf die Psyche?

1. Es ist, wie schon *Redlich* feststellte, in der Literatur wiederholt über psychopathische Züge der Kranken berichtet worden, ohne daß man genauere Aufschlüsse darüber erhalten hat. Bei Betrachtung der vielen mitgeteilten Fälle läßt sich nicht entscheiden, ob die Narkolepsie etwa nur auf dem Boden einer psychopatischen Konstitution entsteht. In unseren Fällen wird man, abgesehen von der narkoleptischen Belastung selbst noch starke degenerative Erbfaktoren annehmen müssen, wie wir oben bei der Betrachtung der Verwandschaftsverhältnisse gesehen haben. Gleichwohl findet man bei unseren beiden älteren Patienten in der Vorgeschichte der Krankheit keine psychopatischen Züge, ohne daß man daraus, bei dem Fehlen eines objektiven Berichtes, sichere Schlüsse ziehen könnte. Bei unserer Patientin Erna H. wird man eben-

falls in der prämorbiden Anamnese keine im engeren Sinne psychopathischen Züge finden können. Zumal der Bericht der älteren Schwester enthält keine Besonderheiten dieser Art. Wenn die Patientin selbst erzählte, daß sie oft an Dunkelangst gelitten habe, so wird man daraus allein, zumal es nicht einmal der Umgebung auffiel, keine weitgehenden Schlüsse ziehen können. Man findet also bei der prämorbiden Persönlichkeit der Patientin keine im eigentlichen Sinne psychopatischen Züge, vielleicht aber, und dies ist wichtig, Eigenschaften, die im gegebenen Falle zu psychopatischen Reaktionen prädisponieren, wie Sensitivität, starken Ehrgeiz und besonders entwickeltes Ehrgefühl. Wir möchten also die Frage dahin beantworten, daß eine psychopatische Konstitution in unseren Fällen nicht vorliegt und auch in der Mehrzahl der mitgeteilten Fälle kein integrierender Faktor ist. Wohl aber werden wir sehen, daß bestimmte Persönlichkeitszüge und Reaktionsweisen, wenn sie vorhanden sind, für die Erscheinungsform und Entwicklung der Krankheit von wesentlicher Bedeutung sind, und daß auch nur angedeutete Anlagen psychopatischer Art bei der eigentümlichen Natur der Krankheit sich steigern und hervortreten müssen.

2. Der Versuch, zu den beiden andern Fragen Stellung zu nehmen, macht große Schwierigkeiten. Gehen wir von dem bei unserer Patientin Erna H. oft wechselnden allgemeinen Muskeltonus aus. Objektiv feststellbar war eine dauernd vorhandene geringe Hypotonie. Außer diesem Dauersymptom traten aber tage- und stundenweise wechselnde Tonusschwankungen auf, die objektiv nicht sicher greifbar, aber doch aus dem Gesamteindruck und dem Verhalten der Patientin zu erschließen waren. Diese hypotonischen Zustände, in denen sich die Patientin schlapp und unsicher fühlte, in denen ihre Bewegungen etwas Haltloses, Zerfahrenes, Zielloses hatten, waren immer mit einer gewissen Verstimmung verbunden. Sie bot an solchen Tagen ein eigentümliches, schwer zu analysierendes und auch schwer zu beschreibendes Bild. Man kommt

ihm vielleicht am nächsten, wenn man sagt, daß die Patientin in diesen Zuständen keinen körperlichen und seelischen „Halt" hatte. Es war nicht immer eine Verstimmung im depressiven Sinne, sondern oft mehr ein Mangel einer konstanten Stimmungslage und eine Hilflosigkeit den eigenen Affekten gegenüber. In solchen Zuständen lachte die Kranke fast unmotiviert, konnte sich dabei nicht bremsen und schämte sich deswegen. Bei Fragen und Versuchen, über ihr Erleben in diesen Zuständen etwas herauszubekommen, antwortete sie nicht viel mehr, als daß sie selbst nicht wisse, was mit ihr los sei. Doch war sie in diesen Zuständen sehr empfindlich, so daß auch ein Umschlagen in schwere Verstimmung nicht selten war.

Es fragt sich: in welcher Beziehung steht die Muskelhypotonie zur Stimmungslage; was ist primär: die Verstimmung, aus der reaktiv eine Zunahme der muskulären Kypotonie erfolgt? oder ist die Hypotonie das Primäre, etwa durch vorübergehende humorale Umstimmungen verursacht? Gewiß muß man bei unserer Patientin, bei der ihre Stellung zur Krankheit, zur Besserung und Verschlechterung, im Vordergrund ihres Erlebens steht, ohne weiteres annehmen, daß sie auf das Bewußtwerden der Verschlechterung ihres hypotonischen Zustandes mit einer Herabsetzung ihrer Stimmung reagiert. Aber die Annahme, daß sie im Erleben selbst unverändert, gewissermaßen normal auf den verstimmenden Eindruck der eigenen Hypotonie reagiert, erscheint nicht ausreichend, um ihren psychischen Zustand in diesen Fällen zu erklären. Oder anders formuliert: reagiert sie normal-psychisch auf das Erleben ihrer Hypotonie (als eines Beweises dafür, daß es ihr noch nicht besser geht) oder ist ihr Erleben selbst durch das Bewußtsein oder die Empfindung ihrer Hypotonie verändert? Oder schließlich: sind sowohl Erleben wie Muskeltonus zentral im gleichen Sinne verändert, so daß sich derselbe hypothetische Krankheitsfaktor sowohl somatisch wie psychisch äußert? Diese Fragen werden dadurch noch weiter kompliziert, daß man mit Sicherheit sagen kann, daß bei der Pa-

tientin eine exogene, etwa durch einen Brief oder einen Besuch verursachte Verstimmung den Tonus bis zu einem gewissen Grade beeinflußt und den Eindruck leichter Hypotonie hervorrufen kann, wenn auch die schwereren Bilder dieser Art nicht nach einwandfrei exogenen Momenten beobachtet wurden. Die Herabsetzung des Tonus, die Empfindung der Erschlaffung sind ja auch bei den Gesunden Begleiterscheinungen von gewissen Verstimmungszuständen. Aber neben solchen exogenen Stimmungsherabsetzungen hatte sie eben auch häufig Tage, an denen sie selbst für ihre Verstimmung kein anderes Motiv angeben konnte, als daß sie schlapp sei.

In den gleichen Problemkreis führt auch der Zustand nach den Tonusverlustanfällen. Die Patientin ist schwer verstimmt, sie könnte heulen, wie sie sagt; doch geht dieser Zustand meist schnell vorüber und erinnert sehr an die peinlichen Empfindungen, die auch der Gesunde nach einem Lachen kennt, bei dem er sich gehen ließ, „schwach vor Lachen" wurde und nicht mehr weiter lachen konnte, Empfindungen leichter Übelkeit, die etwa als katzenjämmerlich bezeichnet werden könnten und von denen es offen bleiben mag, ob sie körperlichen oder seelischen Ursprungs sind. Ähnlich schien uns der Zustand der Patientin nach dem Tonusverlust zu sein. Auch der Gesunde leistet ja merkwürdigerweise einem starken Lachen Widerstand, kämpft bis zu einem gewissen Grade gegen das Anwachsen und sucht die gewohnte psychische und physische Haltung wieder zu gewinnen. Gelingt ihm das nicht und zieht sich die muskuläre Hypotonie und Kraftlosigkeit länger hinaus, so kann diese Katzenjammerstimmung resultieren. Gewiß beweist auch diese oft zu beobachtende Erscheinung nichts Sicheres, da man nicht weiß, worin der verstimmende Faktor zu suchen ist. Das schnell Vorübergehende und Flüchtige an dieser Mißstimmung weist eher auf eine organische Ursache hin. Man wird also auch beim Lachen des Gesunden den Gedanken nicht von der Hand weisen können, daß bei dieser kurzen Mißstimmung die mus-

kuläre Kraftlosigkeit, das „Schwachwerden" vielleicht eine Rolle spielt. Und hier münden wir wieder bei der Frage, wie bei einer Hypotonie, die aus irgendwelchen körperlichen Ursachen entsteht, die begleitende Verstimmung zu erklären ist. Man darf vielleicht annehmen, daß zwischen Tonus und Stimmungslage eine gewisse Koppelung besteht, und wie zu einer depressiven Stimmungslage eine gewisse Tonusherabsetzung gehört, eine Hypotonie von solchem Ausmaß wie in unserem Falle eine seelische Herabstimmung notwendig in sich trägt.

Wenn einerseits, wie aus diesen Erörterungen hervorgeht, das Krankheitsbild durch den Grad der Sensitivität und seelischen Ansprechbarkeit des Patienten mitgestaltet wird, so ist ein weiteres, das Krankheitsbild wesentlich beeinflussendes Moment der Widerstand, den der Kranke seinen Krankheitsvorgängen entgegen zu setzen imstande ist, sowohl dem Tonusverlust, wie der Schlafsucht. Eine besonders willenskräftige Persönlichkeit wird das Auftreten beider Symptome bis zu einem gewissen Maße vermindern können. Bei einem geistig wirklich lebendigen Menschen wird das Schlafbedürfnis seltener auftreten und er wird es leichter verscheuchen können. Denn das Auftreten der Schlafsucht ist von der Art der Beschäftigung des Kranken und von seinem Interesse an ihr zum Teil abhängig. Nicht zufällig wird in den meisten Fällen, auch in unseren, berichtet, daß Lesen „wie ein Schlafpulver" wirke. Man wird also annehmen können, daß sich bei einer graduell gleichen Schädigung das Krankheitsbild bei charakterlich verschiedenen Menschen völlig abweichend gestalten muß. Die ausschlaggebenden Momente dafür sind auf der einen Seite die affektive Ansprechbarkeit, auf der anderen Seite die sthenischen Charaktereigenschaften. Während für den Tonusverlust beide Momente von Bedeutung sind, so sind für die Verschiedenheit der Schlafsucht die sthenischen Anlagen wesentlich bestimmend.

Von vielen Autoren ist es angezweifelt worden, ob es sich überhaupt um echte Schlafzustände handle, ob

es nicht Zustände einer andersartigen stärkeren oder geringeren Bewußtseinstrübung seien. Begründet wurde diese Ansicht damit, daß diese Schlafzustände recht verschiedenartig auftreten und sich vom normalen Schlaf oft unterscheiden. Insbesondere wurde die Tatsache, daß die Patienten in diesen Zuständen oft die Vorgänge der Umwelt auffassen und überhaupt nicht völlig bewußtseinsgetrübt sind, gegen die Auffassung angeführt, daß es sich um echten Schlaf handle. Es lassen sich jedoch diese Verschiedenheiten im einzelnen sowohl situativ wie charakterologisch erklären. Es handelt sich weniger um Unterschiede im Schlafen als um solche der „Wachheit" im Schlafe. Wenn wir unsere drei Patienten miteinander vergleichen, so leuchtet es ein, daß ihre Schlafzustände ganz verschieden sind. Der alte Hannes M., ein sowohl sensitiver wie sthenischer Mensch, der immer geschafft hat, der sich nie hat unterkriegen lassen, schläft im Felde anders als zu Hause, auf seinem Wagen auf der Landstraße anders, als wenn er ins Dorf fährt und ist immer so „wach" im Schlaf, daß er bei Wegbiegungen aufwacht und ihm nicht die Schande wiederfährt, schlafend ins Dorf einzufahren oder auf dem Felde sitzend oder liegend einzuschlafen; er lehnt sich allenfalls, wenn er die Müdigkeit nicht mehr bekämpfen kann, stehend mit dem Werkzeug in der Hand für ein paar Minuten an die Fuhre, so daß die auf den umgebenden Feldern Arbeitenden sein Einschlafen nicht bemerken. Das alte Fräulein jedoch, das keine Pflichten hat und sich mit ihrem Leiden ziemlich abgefunden hat, schläft jetzt tiefer und länger, gibt aber aus früheren Zeiten an, daß das Situationsbewußtsein im Schlafe nie ganz verloren ging und daß sie in der Eisenbahn anders, „wacher" schlief als zu Hause. So gibt es sicherlich – in Situationen, die von vornherein dem tiefen Schlaf ungünstig sind, z. B. beim Gehen und bei motorisch lebhafter Tätigkeit, in Gesellschaft anderer, denen gegenüber das Einschlafen als besonders peinlich empfunden wird – Schlafzustände in denen das Bewußtsein nur leicht getrübt ist.

Ein weiterer Unterschied im Schlaf wird durch die Dauer des Widerstandes gegen ihn bedingt: der Schlaf scheint nach vielen übereinstimmenden Angaben, umso tiefer und länger dauernd zu werden, je länger der Kranke gegen ihn angekämpft hat. Dieses schließliche Überwältigtwerden führt zu einer seelischen Erschöpfung und einer gewissen Selbstaufgabe, die dazu beiträgt, das Erwachen hinauszuschieben; die verausgabte Energie des Ankämpfens muß gleichsam durch längeren und tieferen Schlaf wieder wettgemacht werden.

Außer durch die Tonusverlustanfälle und die anfallsweise auftretende Schlafsucht wird die Krankheit noch in vielen Fällen durch eine dauernde Müdigkeit und leichte Erschöpfbarkeit gekennzeichnet. Hierauf ist wohl bisher zu wenig hingewiesen worden. Auch hier sind natürlich die gleichen charakterologischen Faktoren von Bedeutung: die allgemeine Anregbarkeit und Lebendigkeit und die sthenischen Charakteranlagen.

Wir betrachteten bisher die Einwirkung der Psyche auf die Erscheinungsform der Krankheit. Die Bedeutung des charakterologischen Moments führt uns auf die weiteren Fragen: Welchen Einfluß hat die Krankheit auf die Psyche? Gibt es eine narkoleptische Charakterveränderung etwa analog einer epileptischen Charakterveränderung? Gibt es einen „narkoleptischen Charakter"? Bekanntlich wird die Narkolepsie immer wieder in Beziehung zur Epilepsie gesetzt. In der Literatur findet man in einer großen Anzahl der Fälle erwähnt, daß die Patienten empfindlicher und reizbarer geworden seien. In einigen Fällen wird mitgeteilt, daß die Kranken einen langsamen, schläfrigen, etwas phlegmatischen Eindruck machen. Öfter ist von einem allgemeinen Nachlassen die Rede, womit wohl ein Nachlassen der Leistungsfähigkeit gemeint ist. Echte Demenz ist nirgends erwiesen, wenn auch mehrfach an die Möglichkeit ihres Vorhandenseins gedacht wurde.

Wenn wir unsere 3 Patienten daraufhin betrachten, welchen Einfluß ihr Leiden gehabt hat, so ergeben sich wesentliche Unterschiede. Sie bieten charakterologisch

jeder ein völlig anderes Bild: der alte Hannes M., eingeengt, abgekämpft, geschlagen und gezeichnet vom Schicksal, aber es dumpf bis zu Ende tragend und daran sich aufrecht haltend, daß er seine Pflicht erfüllt. Das alte Fräulein: lebhaft, oberflächlich, geschwätzig, gutmütig, ist eigentlich recht gut gelaunt und hat vergessen, wie sehr sie durch die Krankheit zurückgesetzt war. Nur aus Reminiszensen geht noch hervor, daß auch sie recht empfindlich war, und wie leicht man sie kränken konnte. Und beiden gegenüber das 16-jährige Mädchen: ein unausgeglichenes, verworrenes schwer beschreibliches Bild, sensitiv, verhalten und haltlos labil, einerseits gedrückt, andererseits wieder ausgelassen, fast dauernd mit ihrer Krankheit beschäftigt, klagend, warum gerade sie krank werden mußte, ratlos, zwischen Hoffnung und Verzweiflung schwankend und gewillt, gesund oder überhaupt nicht zu leben. Man fragt sich, ob an diesen drei Bildern überhaupt etwas gemeinsames ist.

Sowohl unserer Patientin Erna H. selbst wie den Angehörigen ist ihre gesteigerte Empfindlichkeit aufgefallen. Sie ist seit ihrer Krankheit reizbar und schwierig geworden, und zwar in einem solchen Maße, daß sie im häuslichen Milieu im Gegensatz zu ihrer ursprünglichen Gutartigkeit und Lenksamkeit geradezu streitsüchtig geworden ist. Sie läßt sich von den Geschwistern nichts sagen und braust schon bei Kleinigkeiten auf. Außer ihrer Empfindlichkeit fielen auch ab und zu ihre hemmungslosse Reaktion auf; so schlug sie z. B. aus geringem Anlaß auf ihren Bruder los. Bei ihrem Aufenthalt in der Klinik wurde zwar eine ungewöhnliche Sensibilität aber keine ungewöhnliche Reizbarkeit beobachtet. – Auch der alte M. bejahte ohne weiteres die Frage, ob er empfindlich und reizbar geworden sei. Man wird demnach eine Charakterentwicklung zur Empfindlichkeit und Reizbarkeit als etwas erachten dürfen, das mehr oder weniger der Narkolepsie eigentümlich ist.

Es fragt sich, ob diese Eigenschaften aus Charakter und Krankheitsschicksal psychologisch verständlich und

einfühlbar sind oder ob man sie als endogene Krankheitsäußerungen erachten muß, letztlich also als direkte Gehirnveränderungen. Um diese Frage zu klären ist es notwendig, die einzelnen Krankheitserscheinungen in ihrer Bedeutung und Einwirkung auf die Persönlichkeit näher zu betrachten. Schon aus unseren Fällen geht hervor, daß vier Faktoren von besonderer Wichtigkeit für die Charakterentwicklung des Narkoleptigers sind: die prämorbide Persönlichkeit, das Alter bei der Erkrankung, ihre spezielle Symptomatik, die in den einzelnen Fällen in Art und Schwere außerordentlich wechselnd ist, und die Rückwirkung der Krankheit als solcher auf die soziale Leistung und Stellung, die natürlich von den drei anderen Faktoren abhängig ist. Wenn man die Literatur der Narkolepsie liest, in der diese Fragen allerdings nicht näher erörtert sind, so bekommt man den Eindruck, daß die Reizbarkeit meist als elementarer und endogener Faktor aufgefaßt worden ist. Die Frage, ob sie psychologisch einfühlbar zu verstehen ist, ist nicht erörtert worden. Daß sich ein einheitlicher Typ analog etwa dem epileptischen Charaktertyp nicht aufstellen läßt, geht aus der Literatur und auch aus der Vergleichung unserer Fälle hervor. Wenn sich trotzdem gewisse gemeinsame Züge bei den Kranken finden lassen, möchten wir dies darauf zurückführen, daß der die Charakterentwicklung beeinflussende Faktor, eben der narkoleptische Krankheitszustand, bei allen der gleiche oder ähnlich ist. Die folgenden Ausführungen versuchen, diese Anschauung, die für die Eingliederung der Narkolepsie und ihre Stellung zu anderen organischen Krankheiten wichtig ist, näher zu begründen, und zwar indem versucht wird, die Charakterentwicklung ausschließlich im Sinne verständlicher Zusammenhänge zu deuten.

Das Leiden greift die wesentlichsten Sphären des Selbsterlebens an, den Ablauf der Affektreaktion, bes. des Lachens. Dadurch wird es verständlich, daß die narkoleptischen Störungen in manchen Fällen nicht als Krankheit, sondern als Fehler bewertet werden. Die Patienten gehen jahrelang nicht zum Arzt, oder ent-

schließen sich nie dazu. Sie schämen sich ihrer Störungen. Das immer erneute Überwältigtwerden, sowohl vom Schlaf wie vom Tonusverlust, der vergebliche Kampf und die Art des Besiegtwerdens müssen notwendig zu Insuffizienzgefühlen führen; die Kranken können sich nicht mehr auf sich verlassen. Auch die wechselnden Zustände der Hypotonie, das Gefühl muskulärer Kraftlosigkeit und Unsicherheit müssen in gleicher Richtung wirken. Die Verarbeitung dieser Insuffizienzerlebnisse und die Reaktion der Gesamtpersönlichkeit auf sie, werden je nach dem Charakter der verschiedenen Kranken verschieden sein. Aber sie werden wohl bei jedem in der Richtung wirken, daß sie seine Empfindlichkeit steigern und die psychischen Wundflächen gewissermaßen erweitern. Man darf nicht übersehen, daß der Tonusverlust in ausgesprochener Beziehung zur Umwelt steht und fast nur im Zusammensein mit anderen auftritt, so daß der Kranke stets der Gefahr ausgesetzt ist, Gegenstand neugieriger Beobachtung zu werden, deren er sich schämt und vor denen er sich fürchtet. Infolgedessen befindet sich der Kranke dauernd im Kampfe mit seiner Krankheit und bemüht sich, seine Symptome nicht sichtbar werden zu lassen. Der Tonusverlust beim Lachen isoliert den Kranken. Die Umgebung hat kein einfühlendes Verständnis dafür, provitiert aber von der Komik des Vorganges und sucht ihn gar zu provozieren. Gerade die gemeinsamen Erlebnisse, bei denen in geselligem Zusammenhang die individuelle Isolierung durchbrochen wird und deren einfacher und stärkster Ausdruck das gemeinsame Lachen ist, gerade diese machen den Kranken einsam und hilflos. Kämpft er gegen das Lachen, so kann er es nur dadurch tun, daß er sich absperrt und sich den eigenen und gemeinsamen Stimmungsmomenten nicht hingibt. Und tut er es doch, so tritt der beschämende Vorgang ein und er wird ausgelacht. Dieses muß zu einer Überempfindlichkeit führen. Der Tonusverlust in der Erregung, gleich welcher Art, macht den Kranken jedem anderen gegenüber unterlegen. Das Gefühl der Schwäche und Unterlegenheit führt zu Wutausbrüchen und Reizbar-

keit. Und diese Reizbarkeit wiederum kann nicht zu einer motorischen Entladung führen — denn gerade diese ist dem Kranken versagt! Sie führt ihn nur wieder zu neuer Schwäche. Die Tatsache, daß der andere etwa einen zornigen Affekt und damit einen Tonusverlust auslöst und somit immer Sieger ist, führt vor allem innerhalb der Familie zu Reizbarkeit und macht die Kranken schwierig in der Häuslichkeit. Die Entwicklung zur Reizbarkeit scheint uns somit aus der Symptomatik des Tonusverlustes einfühlbar, ja fast unausbleiblich zu sein. Die gesamte Beziehung zur Umwelt wird dadurch gekennzeichnet, daß die Kranken nicht nur überall zurückstehen, in ihrer sozialen Leistungsfähigkeit nachlassen, sondern auch nicht wie andere Kranke bemitleidet, vielmehr eher ausgelacht werden. Die Rückwirkung der Tonusverlustanfälle auf den Kranken selbst ist in ihrer Gesamtheit schwer zu deuten. Wir sagten, daß die Tonusverlustanfälle den Kranken zu seiner Umweltsbeziehung empfindlich machen, in seiner Eigenbeziehung immer wieder zu Insuffizienzgefühlen führen. Damit können aber die psychischen Einwirkungen der Anfälle noch nicht erschöpft sein. Insbesondere muß man an die Furcht vor dem Anfall denken, an die darauf folgende Absperrung gegen Eindrücke und lebhaftere Gemütsbewegungen; die Kranken können gerade da, wo jeder sich gehen läßt, im Affekt jeder Art, so auch im Lachen sich nicht gehen lassen. Bei den Patienten, an deren Krankheit der Tonusverlustanfall im Vordergrund steht, muß die Absperrung zu einer Erlebnisscheu und daraus folgenden Entfremdung von der Mitmenschheit, zu einer Einengung und Selbsteinschränkung der gesamten Persönlichkeit führen.

Das Zurückstehen in sozialen Leistungen und sozialem Ansehen muß naturgemäß ebenfalls auf die Persönlichkeitsgestaltung von Einfluß sein, die fernerhin nicht unabhängig ist von dem Alter, in dem das Leiden einsetzt. In vielen Fällen wird davon berichtet, daß die Kranken einen gleichgültigen und phlegmatischen Eindruck machen. Wir können dies von unseren Pa-

tienten nicht sagen. Nur in Stunden ausgesprochener Müdigkeit könnte man bei unserer Patientin Erna H. von einem ähnlichen Eindruck sprechen. Diese Müdigkeit hat in verschiedenem Maße an der charakterlichen Färbung Anteil, gehört aber nicht zum Charakter selbst. Auch den alten M. kann man nicht als wirklich phlegmatisch bezeichnen, wenn er auch äusserlich einen stumpfen, schwerfälligen, wenig anregbaren Eindruck macht. Er ist eingeengt auf sein Ich, einsam und fremd der Mitwelt, aber mit einer mächtigen und zähen Willenskraft kämpft er dafür, seine Pflicht bis zum Ende durchzuführen. Auch hier hat die Krankheit schicksal- und charakterbestimmend gewirkt, aber die starken sthenischen Komponenten seines Charakters haben ihn trotz der Schwere des Leidens in seiner Leistungsfähigkeit aufrecht erhalten. Seine Persönlichkeit ist in diesem Kampfe aufgegangen, seine allgemeine Eindrucksfähigkeit ist weitgehend eingeschränkt, denn nur diese Einschränkung ermöglichte ihm den Kampf und ersparte ihm Niederlagen. Man kann bei ihm auch nicht davon sprechen, daß die Krankheit zu einer Erschlaffung der gesamten Persönlichkeit geführt hat, wie man aus dem Krankheitsbilde vermuten könnte, sondern charakteristisch für ihn ist die allein auf das Ziel gerichtete Straffung. Doch wird man bei manchen Patienten als Tendenz der Entwicklung diese Erschlaffung der gesamten Persönlichkeit bezeichnen können. Dieses Wort umschreibt diese Entwicklung nur ungefähr. Doch handelt es sich um einen Faktor von ausschlaggebender Bedeutung. Wir werden ihn vor allem da finden, wo die Schlafsuchtsanfälle im Mittelpunkt der Krankheit stehen. Das ständige Versagen führt zu einem allmählichen Erlahmen im Kampfe. Dazu kommt bei manchen Fällen ein gewisses Maß dauernder Müdigkeit, und aus diesem täglichen Besiegtwerden im Tonusverlustanfall und im Einschlafen kann schließlich eine gewisse Selbstaufgabe und ein Erlahmen aller Triebkräfte erwachsen. Bei dem alten Fräulein (Patientin M. B.) ist die Entwicklung in dieser Richtung gegangen. Aus einem lebhaften, leistungsfähigen und regsamen Menschen wurde

ein oberflächliches, leistungsunfähiges und bequemes Persönchen. Auffallend ist, daß sie im Gegensatz zu dem alten M. nicht eingeengt auf ihr Ich ist, sondern eher geweitet. Sie beschäftigt sich ebenfalls mit ihrer Krankheit und ihrem Ich, aber nur mit ihrem körperlichen Anteil. Im Grunde hat sie sich mit ihrem Leiden abgefunden, es hat sie frei gemacht von der Verpflichtung zu einer ernsteren und härteren Lebensführung; und frei von einer Verpflichtung zum Aufbau des eigenen Selbst hat sie ihre Umweltsbeziehungen erweitert, ist in ihrer Weise eindrucksfähig, für alles empfänglich, kennt und nimmt Anteil an allen Dorfgeschichten und schwatzt gerne von ihnen. Gewiß ist es nicht einfach, die Frage zu entscheiden, wieweit ihr Verhalten durch ihre Erkrankung bestimmt wird, da ja in ihrem jetzigen psychischen Bilde Alterserscheinungen eine Rolle spielen können. Aber es geht doch aus dem ganzen Lebenslauf hervor, daß sie es bald aufgegeben hat, gegen die Krankheit anzukämpfen. Zwei Momente sind wichtig für diese Entwicklung. Zuerst die Tatsache, daß sie im Unterschied zu ihrer Nichte erst mit 30 Jahren erkrankt ist. Damit wurde es für sie, die bis dahin sehr tüchtig und angesehen war — sie vertrat in ihrer großen Familie die Stelle der verstorbenen Mutter — leichter, die Krankheit als etwas von außen Kommendes, Unverschuldetes anzusehen und nicht als einen persönlichen Fehler. Mit dem folgenden Nachlassen und Zurückstehen in ihrer sozialen Leistungsfähigkeit, das allmählich eintrat, scheint sie sich recht bald abgefunden zu haben. Wirklich gelitten hat auch sie am stärksten unter den Tonusverlustanfällen. Als aber diese bei ihr immer seltener wurden und schließlich fast aufhörten, wurde sie ein frühzeitig von allen Pflichten entbundenes Fräulein, das sich wieder Erlebnisse in der Fülle ihrer Affektivität erlauben kann. Daß die Schlafzustände, die dauernde Mattigkeit und leichte Ermüdbarkeit bei ihr von vornherein das Krankheitsbild beherrschten, wird man ebenfalls als einen maßgebenden Faktor für ihre Entwicklung ansehen können, die man etwa als eine Erschlaffung der gesamten Persönlichkeit,

ein Nachlassen der Willenskräfte, des Strebens, der Zielsetzung, der Ansprüche, umschreiben kann. Wenn man sie mit dem Patienten Hannes M. vergleicht, so hat man die Reaktionen einer mehr asthenischen, opportunistischen und einer ausgesprochen sthenischen Persönlichkeit auf die gleichen einwirkenden Faktoren. Unterstützend wirkt in dieser Hinsicht auch der Geschlechtsunterschied. Inwieweit für die Erscheinungsform der Krankheit selbst bei der Patientin Charaktermomente maßgebend waren, läßt sich natürlich nicht entscheiden. Immerhin kann man mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, daß sie – affektiv wenig ansprechbar – von der affektiven Seite aus keine besondere Disposition für die narkoleptischen Erscheinungen bot, was sowohl in der Erscheinungsweise der Krankheit (dem Vorwiegen der Schlafsucht) wie auch der charakterlichen Entwicklung von Bedeutung war.

Wenn wir nun versuchen, auf Grund dieser Feststellungen eine Prognose der charakterlichen Entwicklung unserer Patientin Erna H. zu geben, so können wir bei aller Vorsicht doch sagen, daß ihre Entwicklung völlig anders verlaufen wird als bei den beiden anderen Patienten. (Wir setzen dabei voraus, daß die Krankheitserscheinungen in Art und Schwere unverändert bleiben.) Das Hauptmoment dafür ist, wie schon gesagt, ihre Jugend und die teilweise in dieser beruhenden Sensibilität und Eindrucksfähigkeit. Dazu kommt, daß sie zwar ursprünglich eine recht frische und kräftige Natur war, aber doch durch ihr Leiden schon derart mitgenommen ist, daß ihre sthenischen Charaktermomente ihrer schwierigen Situation nicht mehr gewachsen sind. Sie wird daher nicht imstande sein, auf die Dauer ihre Persönlichkeit zu wahren und auch nicht fähig sein, sich sozial leistungsfähig und daran aufrecht zu halten, wie der alte M. es tut. Andererseits wird sie, aus ihrer Jugend und charakterlischen Anlage heraus kaum dahin kommen, sich wie ihre Tante mit ihrem Leiden und dessen Folgen abzufinden. Zu einer Entwicklung, wie sie der Patient Hannes M. gezeigt hat, fehlen ihr die Kräfte, zu einer

ihrer Tante ähnlichen, fehlt ihr die Leichtigkeit. Sie wird in ihrer Leistungsfähigkeit und ihren gesamten Triebkräften schließlich erschlaffen, ihre Empfindlichkeit und Reizbarkeit werden aber nur zunehmen, und das Gefühl schuldlos vom Schicksal getroffen zu sein, wird sie immer mehr beherrschen. Die Prognose für die Entwicklung ist also sehr ungünstig, falls die Krankheit sich nicht spontan bessert oder eine therapeutische Beeinflussung gelingt.

Wir fassen die Ergebnisse kurz zusammen:

Einen eigentlich „narkoleptischen Charakter" kennnen wir nicht. Eine Einwirkung auf die charakterliche Entwicklung der Kranken ergibt sich notwendig aus der Art der Krankheit, die wesentliche vitale Vorgänge ergreift. Die Art der Charakterveränderung wechselt von Fall zu Fall, sie hängt ab von der prämorbiden Persönlichkeit (Charakter, Alter), der Schwere und vorwiegenden Erscheinungsweise und der sozialen Bedeutung der Krankheit. Die Entwicklung kann nach verschiedenen Richtungen tendieren. Die häufig gefundene Zunahme der Empfindlichkeit und Reizbarkeit erklärt sich zwanglos in verständlicher Weise aus der besonderen Art der Krankheitsvorgänge. Außerdem besteht eine gewisse Neigung zur Einengung, zum allmählichen Erlahmen und zur Erschlaffung der gesamten Persönlichkeit. Andererseits können die gleichen Faktoren die entgegengesetzte Wirkung haben, sogar zu einer Erstarkung der Willenskräfte führen. Es besteht demnach keine der epileptischen analoge Charakterveränderung, sondern eine psychologisch einfühlbare Entwicklung, die oft gleiche Verläufe hat und ähnliche Bilder bietet, aber auch völlig abweichende zeigen kann.

Wir sind schon bei der Erörterung der Beziehungen zwischen Psyche und Krankheit auf Einzelheiten der Krankengeschichten eingegangen, möchten aber noch einiges zu unseren Fällen erwähnen. Sowohl bei dem alten Hannes M. wie bei unserer Patientin Erna H. spielen ihre Träume eine große Rolle. Der Nachtschlaf ist dadurch schwer gestört und sie wachen ohne

Frische auf. Die nächtliche Unruhe unserer Patientin ist auf der Abteilung oft beobachtet worden. Sie schrie oft laut, und insbesondere fiel ihre motorische Lebhaftigkeit im Traume auf. Allem Anschein nach war sie besonders in den Nächten unruhig, denen Tage auffallender allgemeiner Hypotonie vorangegangen waren. Über traumreichen, unruhigen und motorisch erregten Nachtschlaf wurde auch in vielen anderen Fällen berichtet, so daß man ihn als typisch zur Narkolepsie gehörig rechnen darf. Auffallend waren bei unserer Patientin auch die Trauminhalte, vor allem die sich in gleicher Weise immer wiederholenden. Gewiß fand man auch die typischen Mädchenträume: sie werde verfolgt, laufe davon, jemand sei hinter ihr her usw. Daneben waren aber zahlreiche Träume auffallend, in denen sie selbst oder das Bett mit ihr fliegt, oder sie schwimmt und schwankt im Wasser usw. Hier drängt sich doch der Gedanke auf, daß Tonusschwankungen mitbestimmend auf die Gestaltung der Trauminhalte wirken.

Wenn wir unsere Fälle mit den zahlreichen in der Literatur mitgeteilten vergleichen, so bieten sie in den Symptomen nichts wesentlich Neues, sondern passen in das Krankheitsbild, wie es im Anschluß an *Gélineau*, 1902 von *L. Löwenfeld* und später insbesondere von *Redlich* aufgestellt worden sind. Neu und wichtig ist in unseren Fällen die sichere Feststellung des familiären Vorkommens der genuinen Narkolepsie. Doch wurde schon 1877 von *Westphal* berichtet, daß die Mutter seines Patienten an ähnlichen Anfällen litte. *Fr. Fischer* berichtete 1878, daß eine Schwester seiner Patientin vorübergehend die gleichen Anfälle hatte. In einem Falle von *Edith Jakobsohn* ist erwähnt, daß der Vater der Patientin eine stille, träge, etwas depressive Gemütsart hatte und durch einen Hang zum Schlafen aufgefallen sei. Doch konnten in diesen Fällen die betreffenden Angehörigen nicht untersucht werden und zeigten auch nicht sicher die typischen Zeichen der Narkolepsie. In den anderen zahlreichen Fällen konnte keine narkoleptische

Belastung gefunden werden. *Redlich* hat 1924 die bis dahin mitgeteilten Fälle zusammengefaßt; er fand, daß in 4 Fällen in der weiteren Familie Geisteskrankheiten vorgekommen waren, in einem Falle hatte der Vater Tabes, ein Bruder multiple Sklerose; in 4 Fällen waren der Vater oder beide Eltern Trinker. In den nach der Arbeit von *Redlich* mitgeteilten Fällen ist mehr auf die Heredität geachtet worden. In den meisten Fällen konnte keine Belastung ermittelt werden; mehrfach ist wieder Trunksucht der Eltern erwähnt. In einem Falle von *Wenderowic* war der Vater Trinker, ein Bruder war in einer Irrenanstalt gestorben. In einem Falle von *Hans Curschmann* und *Prange* endeten Vater und Bruder durch Suicid. In einem Falle von *Heveroch* war der Bruder der Patientin an Epilepsie gestorben. In einem Falle von *Hilbert* war der Vater Trinker, dessen Vater endete durch Suicid, ein Bruder der Mutter litt an Krämpfen und ertrank infolge eines Krampfanfalles beim Angeln. In einem in jeder Weise atypischen Falle von *Zador*, der nach einer Ovarialexstirpation erkrankte und bald darauf heilte, war die Mutter Epileptikerin. Auch deren Anfälle sollen atypisch gewesen sein, Auch bei viel häufiger auftretenden Krankheiten, deren Erblichkeitsverhältnisse oft und gründlich untersucht worden sind, ist es bekanntlich schwierig, zu einem Resultat in der Frage der Heredität zu kommen. Bei der Narkolepsie sind bisher keine genaueren Untersuchungen gemacht worden. Daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keinerlei erbliche Belastung festgestellt worden ist, beweist nichts, da solche Feststellungen oft außerordentlich schwierig anzustellen sind, und die Kranken und ihre Angehörigen immer zu der Angabe neigen, aus einer völlig gesunden Familie zu stammen. Die weiteren verwandschaftlichen Beziehungen lassen sich oft nur in engen dörflichen Verhältnissen wie in unserem Falle herausstellen. Die bisherigen Angaben über die Belastung sind daher wenig verwertbar. Die am häufigsten gefundene elterliche Trunksucht ist so verbreitet, daß man annehmen kann, daß sie sich bei der Narkolepsie kaum öfter als beim Durchschnitt findet.

Aus unseren Fällen kann man schließen, daß es eine spezielle narkoleptische Belastung gibt. Ob dafür ein Zusammentreffen verschiedener degenerativer Erbfaktoren nötig ist, woran man bei der vielfältigen familiären Belastung denken kann, läßt sich natürlich aus solchen Einzelfällen nicht entscheiden.

Der sichere Nachweis eines familiären Auftretens ist für die Feststellung der genuinen Narkolepsie als einer selbständigen Krankheit von Bedeutung, zumal immer wieder, zuletzt von *Kluge*, Zweifel daran geäußert wurden, ob sie nach den Erfahrungen der Enzephalitis überhaupt noch als Krankheitseinheit anzuerkennen sei. Der von *Kluge* mitgeteilte Fall, bei dem in einer Schwangerschaft atypische narkoleptische Erscheinungen aufgetreten sind, die sich später als enzephalitischer Natur erwiesen, verstärkt in keiner Weise diese Zweifel. Denn differential-diagnostich unsichere Fälle, die es bei allen Krankheiten gibt, lassen sich nicht gegen das Bestehen eines Krankheitsbildes anführen, das durch typische Bilder gekennzeichnet ist. Man wird aus diesem Falle nur die Lehre ziehen können, daß man bei so abweichenden Krankheitserscheinungen die Diagnose offen lassen muß.

Curschmann und *Prange* zweifeln zwar nicht an der Narkolepsie als einer selbständigen Krankheit, lehnen aber den affektiven Tonusverlust als Krankheitssymptom ab und halten ihn keineswegs „für ein Stigma der Narkolepsie", sondern für ein häufiges, graduell verschieden ausgeprägtes Symptom bei mannigfachen Übererregbaren und eine auch bei Normalen häufig vorkommende Reaktion. Mit demselben Recht könnte man aber auch die Schlafsucht aus dem Krankheitsbilde eliminieren, denn sie kommt ebenfalls bei Normalen in graduell verschiedenem Maße vor. Daß es sich um Vorgänge handelt, für die man beim Gesunden Anklänge findet, ist oft erwähnt worden. Diese Tatsache ist für das Verständnis der narkoleptischen Erscheinungen von besonderer Bedeutung, aber eben die pathologische Steigerung der Ermüdbarkeit und der

Reaktion des Tonus auf Affekte ist für das Krankheitsbild kennzeichnend.

H. Strauß hat die Redlich'sche Einteilung von einer anderen Seite aus angegriffen. Er analysierte die Krankheitserscheinungen eines Patienten, der nach seiner Schilderung ein äußerst kompliziertes und von den bisher veröffentlichten Fällen durchaus abweichendes Bild bot und kam alsdann zu folgender Definition: „Die Narkolepsie ist ausgezeichnet durch das Auftreten von teils reaktiven, teils spontanen Anfällen, deren Bild sich in verschiedenster Kombination aus Tonusverlustanfällen in verschiedenen Muskelgruppen, Bewußtseinstrübung und Veränderungen am vegetativen Apparat zusammensetzt. Dabei sind diese krankhaften Zustände durch Sinnesreize aufhebbar." *Strauß* ist der Meinung, daß es sich nicht um echte Schlafzustände handle, sondern um ein äußerlich ähnliches Zustandsbild, das sich aus Veränderungen des Tonus und des Bewußtseins zusammensetze. Er fand bei seinem Patienten spontan auftretende Anfälle von Tonusverlust, über die bisher in keinem Falle berichtet wurde und die auch in unseren Fällen nicht vorkamen. *Strauß* ist der Ansicht, daß die „Schlafanfälle" nur eine Kombination von Tonusverlust und einer leichteren Bewußtseinstrübung seien. Uns erscheint diese Auffassung völlig verfehlt, zum mindesten verallgemeinert er die Beobachtung bei seinem Falle in unzulässiger Weise. Wir betonten schon oben, daß es Schlafzustände gäbe, bei denen es infolge des Widerstandes der Situation und des Willens nur zu schlafähnlichen, leicht bewußtseinsgetrübten Zuständen käme. Solche kennt ja aber auch jeder Gesunde bei schwerster Ermüdung, der er nicht nachgeben kann oder will. In solchen Momenten ist man durchaus fähig, noch kurze Zeit mechanisch weiter zu hantieren: entweder schläft man dann tiefer ein oder man erwacht wieder, genau wie der Narkoleptiker. Dieses zeitweilige Vorkommen des Weiterhantierens, das für die Schlafzustände der Narkolepsie keineswegs typisch ist, sondern nur selten bei ihnen beobachtet wird, führte *Strauß*

als Argument gegen die Echtheit des Schlafes an. Andere Gründe gegen die Annahme des Schlafes brachte er nicht vor. *Strauß* verkennt einen grundsätzlichen Unterschied zwischen den reaktiven Anfällen des Tonusverlustes und dem Schlaf. Der Tonusverlustanfall ist ein Vorgang, der am Körper des Kranken bis zum Ende abläuft und keineswegs „durch Sinnesreize aufhebbar" ist. Die „Schlafanfälle" sind jedoch bei ihrem Auftreten zu beeinflussen, zu verscheuchen oder zu verschieben, sie sind auch tatsächlich durch Sinnesreize aufhebbar. Beide Erscheinungen sind doch grundsätzlich geschieden, und es liegt kein Anlaß vor, an der Echtheit des Schlafes zu zweifeln, so lange man kein ernsthaftes Argument gegen diese Echtheit vorbringen kann, zumal ja auch die Kranken Tonusverlust und Schlafsucht völlig verschieden erleben. Gewiß mag in einzelnen Fällen die Symptomatik komplizierter sein. So scheinen Tonusverlustanfälle vorzukommen, die mit einer stärkeren Bewußtseinseinengung verbunden sind. Von einer wirklichen Bewußtseinstrübung wird man auch da nicht reden können. Daß Vorgänge am Motorium auf die Bewußtseinssphäre von Einfluß sind, ist ja bekannt. Doch bieten die Schlafzustände der Kranken ein völlig anderes Bild. Man findet sogar keine besondere Muskelhypotonie im Schlaf, sondern im Gegenteil oft auffallende Muskelbeherrschung; die Patienten sind gewohnt, im Sitzen oder Stehen zu schlafen. Hierbei von einer Kombination des Tonusverlustes in den Oberlidern mit einer Bewußtseinstrübung zu sprechen, erscheint völlig abwegig. (Den von *Strauß* geschilderten Fall selbst können wir natürlich nicht beurteilen, wir wenden uns nur gegen die aus ihm gefolgerten allgemeinen Schlüsse.) Wir halten also daran fest, daß es sich um echten Schlaf handelt, und sehen das Pathologische des Vorganges nicht in diesemMechanismus des Schlafes, sondern im Eintritt der Müdigkeit. Daß diese Müdigkeit Beziehung zum Muskeltonus hat, ist möglich; jedenfalls fiel es uns auf, daß die Patientin Erna H. an ihren „hypotonischen" Tagen auch schläfriger war und öfter einschlief. Gewiß, viele Fragen sind noch ungeklärt, und manches

paßt nicht in das Schema: vor allem die in einem Falle von *Kahler* berichtete affektive Auslösung des Schlafes, die auch in den Fällen von *Westphal* und *Gélineau*, wenn auch nicht völlig gesichert, angenommen wurde. Überhaupt ist die grundsätzliche Scheidung zweier Symptome bei einer Krankheitseinheit nicht recht befriedigend, doch erscheint uns der Versuch von *Strauß* die Krankheitserkenntnis nur zu erschweren.

Therapeutische Versuche

Wir haben längere Zeit versucht, die Krankheitserscheinungen bei unserer Patientin Erna H. therapeutisch zu beeinflussen. Wir wurden dabei durch Prof. *Ellinger* (Pharmakologisches Institut der Universität Heidelberg) beraten.

Die bei Epilepsie üblichen Therapien versagten vollständig, Luminal machte die Kranke noch müder. Kochsalz blieb ohne deutliche Einwirkung. Hingegen hatte die Zufuhr von Calcium eine immer wieder nachweisbare ausgesprochen verschlechternde Wirkung. Wir gaben zuerst Kalzan, dann Chlorcalcium (3 mal 1 – 2 Eßlöffel einer 10-prozentigen Lösung), dessen Wirkung anscheinend noch stärker war. Die Tonusverlustanfälle, das Gefühl der Hypotonie, die Mattheit, die Zustände von Schlafsucht und die Unruhe des Nachtschlafes nahmen zu. Sehr auffallend dabei war schon die Wirkung kleiner Dosen. Etwa einen Tag nach Aussetzen der Calciummedikation besserte sich das Befinden der Kranken immer wieder. Wir gaben daraufhin Kalium chloratum (KCl), (zuerst 3 mal einen Eßlöffel einer 20-prozentigen Lösung, dann einer Lösung 20/150) und konnten eine schnell einsetzende, etwa 8 Tage dauernde Besserung feststellen. Die Kranke fühlte sich in diesen Tagen fast völlig gesund, so konnte sie z. B. wieder lachen, d. h. zum erstenmal hörte man bei ihr ein klangvolles Lachen. Um eine suggestive Beeinflussung sicher auszuschließen, gaben wir der Kranken, von ihr unbemerkt, statt des Kaliums zwei Tage lang Kochsalz. Dabei setzte eine deutliche

Verschlechterung ein, die jedoch nach erneuter Kaliumzufuhr nicht zurückging, sondern immer stärker wurde. Die Einnahme von Recresal, das wir unterstützend zur Beeinflussung des Calciumspiegels gaben, schien das Befinden noch mehr zu verschlechtern. Wir setzten daraufhin Recresal und Kalium ab, worauf sich das Befinden, anscheinend infolge des akuten Aussetzens der Kaliumzufuhr, rapide verschlechterte: die Kranke mußte sich ins Bett legen, da sie immer wieder hinstürzte. Nach einigen Tagen erholte sie sich wieder. Wir gaben dann noch einmal in kleineren Dosen Kalium, es schien auch eine gewisse anhaltende Besserung in dem Sinne einzutreten, daß die Tonusverlustanfälle seltener und schwächer wurden. Wir setzten aber schließlich endgültig die Kaliummedikation ab, da eine wesentliche Besserung, insbesondere der Müdigkeit, nicht zu erzielen war.

Von Organpräparaten versuchten wir Thyreoidin (*Merck*, s. Wenderowic) und Thymus (*Merck*), das anscheinend bisher bei der Narkolepsie noch nicht gegeben worden ist. Das Schilddrüsenpräparat schien zuerst günstig zu wirken, mußte aber wegen Auftretens thyreotoxischer Erscheinungen abgesetzt werden. Das Thymuspräparat hingegen, hatte ohne ungünstige Nebenwirkungen zu verursachen einen günstigen Einfluß. Die Patientin konnte, nachdem sie einige Wochen Thymus eingenommen hatte, in wesentlich gebessertem Zustande entlassen werden.

* * *

Etwa 6 Wochen nach ihrer Entlassung aus der Klinik besuchte uns die Kranke. Sie berichtete, daß sie seither regelmäßig und mit gutem Erfolg das Thymuspräparat genommen habe. Die Schlafzustände seien fast ganz geschwunden, nur einigemal seien sie abends aufgetreten; sie seien jedoch von kurzer Dauer und durch auf- und abgehen leicht zu überwinden gewesen. Auch der affektive Tonusverlust hätte sich seither nur ein einziges Mal eingestellt; nach einem

heftigen Ärger mit dem Bruder sei sie auf dem Stuhle zusammengesunken. Die Kranke machte einen unverkennbar frischeren, lebendigeren und zuversichtlicheren Eindruck. Sie erzählte spontan, daß sie sich sicherer fühle und keine Angst mehr vor dem Lachen habe. Obschon sie sich gewohnheitsmäßig noch etwas von dem Verkehr zurückhielte, so traue sie sich doch wieder unter die Leute und mache mit ihnen gemeinsame Spaziergänge; kurzum sie erweiterte wieder ihren Lebenskreis und war dankbar für die erzielte Besserung ihres Befindens. Auch in der Folgezeit scheint die Kranke im großen und ganzen leistungsfähig geblieben zu sein. Sie war etwa ein halbes Jahr in Stellung, gab sie aber auf Wunsch der Eltern auf, da sie zu sehr mit Arbeit überhäuft wurde und kehrte nach Hause zurück, wo sie eine Nähschule besuchte. April 1929 erkrankte ihre Schwester Emma (V 5) an Schizophrenie, worauf unsere Kranke für sie einsprang und die Führung des elterlichen Haushaltes übernahm. Ab und zu stellten sich die narkoleptischen Anfälle, Tonusverlust beim Lachen, Einschlafen in sitzender Stellung, ein, Auch litt sie viel an Kopfschmerzen in der Schläfengegend. Aber im allgemeinen war sie mit ihrem Befinden zufrieden und vermochte ihren Pflichten vollauf nachzukommen. Im Oktober 1929 kehrte ihre Schwester „noch etwas verdreht" aus der Heilanstalt nach Hause zurück; allmählich besserte sich jedoch ihr Zustand, so daß sie den Haushalt wieder übernehmen konnte. Unsere Kranke nahm daraufhin Arbeit in einer Zigarrenfabrik an.

Am 1. März 1930 wurde unsere Kranke wiederum in unsere Klinik verbracht; dieses Mal wegen ganz anderen Störungen. Der sie begleitende Vater bestätigte, daß das Befinden seiner Tochter nach der Entlassung aus der Klinik wesentlich gebessert gewesen sei. Allmählich seien aber die Störungen wieder ärger geworden. Bis vor 3 Wochen habe die Kranke in der Zigarrenfabrik gearbeitet, sei aber oft bei der Arbeit eingeschlafen. Seit 3 Tagen sei sie ganz verändert. Sie spreche viel über Religion, der böse Feind umzingle sie, sie sei verdammt und dergl. und bete dau-

ernd für ihre Gesundung. Gestern Abend habe sie, böse darüber, daß ihre Gebete noch nicht erhört seien, eine Fensterscheibe eingeschlagen, sich mit einem Splitter die Handgelenke zerkratzt und eine Wunde am Halse beigebracht.

Aus späteren Angaben der Kranken geht hervor, daß der Beginn der jetzigen Störung schon weiter zurück lag. Sie erzählte, daß sie im Sommer vorigen Jahres (1929) nächtliche „Erscheinungen" gehabt habe. „Es seien keine richtigen Träume" gewesen, sie sei „halb wach und halb schlafend" gewesen. Die Erscheinungen waren stets mehr oder weniger die gleichen: sie sah zwei Wege, einen schmalen und einen breiten; auf dem einen stand ein weißgekleidetes Kind, auf dem anderen der schwarze Satan. Sie bemühe sich zu dem Kinde zu kommen, geriet aber immer wieder auf den Weg, wo der Böse stand oder ihr vorausging. Vor 4 Wochen ging sie wegen eines Nasenleidens in die hiesige Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, wo sie 8 Tage behandelt wurde. Als sie einmal in die Kapelle zum Beichten gegangen war, hörte sie in der folgenden Nacht zum erstenmal Gottes Stimme, die deutlich sagte: „Gehe nicht zur Kommunion, Du bist unwürdig." Zu Hause habe sie weiter Stimmen gehört, sich deswegen betrübt gefühlt und viel gebetet; sie sei deswegen auch nicht mehr in die Fabrik gegangen. Die Angehörigen hätten geäußert, sie sei nicht mehr normal. Am 28. Februar habe sie zum Beichten gehen wollen. Der Vater habe sie aber daran gehindert, ihre Hände und Füße mit Stricken zusammengebunden und sie ins Bett gelegt. Nachts habe sie sich von ihren Fesseln befreit und eine Fensterscheibe eingeschlagen, weil ihre Feinde — die Angehörigen — sie umzingelt hätten. Deshalb habe man sie zu uns gebracht.

In der ersten Nacht nach der Aufnahme schlief die Kranke kaum und sprach vor sich hin. Gegen Morgen wurde sie so laut und störend, daß sie auf die unruhige Abteilung gelegt werden mußte. Als der Arzt sie besuchte, begann sie sofort in lautem predigerhaften Ton rasch und flüssig mit religiösen Reden auf

ihn einzusprechen. Sie verlangte ungestüm, er solle sofort eine ihr von ihrem früheren Aufenthalt her bekannte Schwester – Schwester N. – holen, dann werde sich ein Wunder ereignen. Gottes Stimme habe ihr das in der Nacht gesagt. Als ihr Wunsch abgeschlagen wurde, legte sie sich unwirsch ins Bett zurück und würdigte den Arzt keines Wortes mehr.

Zu einer eingehenden Besprechung vorgeführt, betrat sie das Zimmer mit eigentümlichen Rumpf- und schlenkernden Armbewegungen, die Augenlider halb geschlossen, blinzelte den Arzt mit einem leicht überlegenen Lächeln an und begann sofort in flüssigem Redestrom ihre religiösen wahnhaften Inhalte vorzubringen.

(Aus einem Stenogramm:) „Ich habe gesagt, daß ich Stimmen höre, Gottes Stimme, und Gott wollte mich zu einer Heiligen machen und segnen. Am Samstag hatte mir der liebe Gott noch die letzte Gnade geschenkt, wie ich zu Hause gesagt habe, Vater, wenn du mich liebst, so laß meine Seele erretten. Indem ich zum Herrn Pfarrer gehen wollte, wie Gott gesagt hatte, Vater ich habe gesündigt vor dem Himmel und vor Dir, ich bin nicht mehr wert, Dein Kind zu heißen. Gott segne mich. Dann wäre ich selig gesprochen worden. Aber die Menschen, die mich umgeben haben, die um mich waren, die meinten, weil ich dieses sprach, ich wäre nicht normal. Deshalb sind sie feindselig gegen mich, weil sie mehr für das leibliche Leben besorgt gewesen sind und nicht für das Heil meiner Seele. Deshalb sind sie Feindesseelen gegen mich."

(Weshalb wollten sie, daß Schwester N. geholt wurde?)

„Die Gnade Gottes hat deshalb aufgehört, weil Sie meinen Wunsch nicht erfüllt haben. Gott hätte mir noch diese Gnade verliehen, Sonntag morgen noch um 12 Uhr, wenn die Schwester N. zu mir gekommen wäre, wäre ein Wunder geschehen. Gott wollte, daß ich eine selige oder heilige Elisabeth werden sollte. (Wie wäre das Wunder geschehen?) Indem Gott zu mir sprach, ich soll sagen zu den Schwestern, sie sollen

die Schwester N. zu mir hereinkommen lassen, sofort soll sie ihre Arbeit verlassen und zu mir kommen. Da dies aber die Schwestern nicht einhielten und mir nicht glaubten, haben sie mir meinen letzten Willen, der Gottes Wille war, nicht erfüllt. Der liebe Gott sagte zu mir einmal in der Nacht, wenn die Schwester N. zu mir kommt, darf ich heilige Worte zu ihr sprechen. Diese Worte lauten: »Schwester N. — Grüß Gott, Schwester N. Ich habe heute Nacht gehört vom lieben Heiland, daß Sie eine gute Freundin sind zum lieben Heiland und seinem heiligsten Sakramente.« Und dann hätte ich zu ihr gesagt: »Schwester, deshalb knie nieder, gebe die Hand und bete mit mir. Komm heiliger Geist erfülle die Herzen deiner Gläubigen und entzünde in ihnen das Feuer deiner göttlichen Liebe, der du die Völker aller Sprachen in Einigkeit des Glaubens versammelt hast ins himmlische Volk. Allmächtiger Gott, gib uns die Gnade, daß der heilige Geist bei uns sei und bei uns wohne, uns leuchte, uns stärke, vor allem Bösen bewahre, in allen Leiden und Widerwärtigkeiten uns tröste, durch Jesum Christum unseren Herrn. Amen.« Dann hätte ich noch gebetet: »Vater ich habe gesündigt vor dem Himmel und vor Dir und bin nicht mehr wert, Dein Kind zu heißen. Gott segne uns.« Dann hätte ich gesagt, usw."

Über ihren Lebenslauf und ihr Verhalten seit der Entlassung aus der Klinik machte die Kranke in natürlichem frischem Tonfall und mit ädaquatem Affekt eingehende und sachlich im wesentlichen richtige Angaben. Sobald sie jedoch auf ihre wahnhaften Erlebnisse zu sprechen kam, verfiel sie in den predigerhaften leiernden Tonfall und wurde unwillig und gereizt, wenn man Zweifel über die Wirklichkeit ihrer Erlebnisse äußerte. Sie trotzte, drehte sich weg und weigerte sich weiter zu erzählen, ließ sich aber durch Zureden immer wieder bestimmen, in ihrem Bericht fortzufahren. Formal war sie durchaus geordnet, auch eine Denkzerfahrenheit war nicht festzustellen. Trotz der gekünstelten, rechthaberischen, unbelehrbaren Art, die sie bei der Besprechung ihrer wahnhaften Erleb-

nisse zur Schau trug, brach immer wieder ihr freundliches, gutmütiges und zutrauliches Wesen durch.

Im Laufe der nächsten Wochen wurde die Kranke zunehmend erregter, gereizter und störender, so daß sie auf einer ruhigen Abteilung nicht versorgt werden konnte. Sie schlug plötzlich auf Mitkranke ein, entblößte sich und suchte nackt umher zu laufen. Auf eine längere Unterhaltung ließ sie sich nicht mehr ein, sondern wiederholte monoton die alten Vorwürfe, daß man die Schwester N. nicht habe zu ihr kommen lassen, usw. Ihr äußeres Gebahren wurde immer unnatürlicher und verschrobener: sie sprach in einem seltsam gezierten Tonfall. Gelegentlich äußerte sie, indem sie den linken Fuß vorstreckte, der Fuß sei vom Satan besessen, und fügte hinzu, der Fuß sei ihr Vater. Schließlich war überhaupt kein Kontakt mehr mit der Kranken zu gewinnen. Sie hatte sich völlig in ihrer selbst überheblichen, verschrobenen und eigensinnigen Haltung festgefahren. Sie hielt sich für besessen vom Teufel und gleichzeitig zu großen Dingen bestimmt.

Am 4. Juni 1930 wurde die Kranke in die Anstalt Wiesloch verbracht, wo sie sich in einem schizophrenen Endzustand befindet. Sie ist gemütlich stark abgestumpft und völlig unzugänglich, unrein. Häufig treten bei ihr lärmende Erregungszustände mit Kreislaufschwäche auf, in denen sie gewalttätig gegen die Umgebung wird. Das Körpergewicht nimmt dauernd zu.

* * *

Interessanterweise waren während ihres über 3 Monate dauernden Aufenthaltes die Erscheinungen der Narkolepsie ganz in den Hintergrund getreten. In den ersten Tagen nach der Aufnahme – am 5. März – wurde ein Tonusverlust beobachtet. Er trat auf, als sie mit hocherhobenen Armen auf den Arzt zutrat und von ihm durch einen Scherz zum Lachen gebracht wurde. Sofort sanken die Arme herab, sie bückte sich tief herunter, bis der Kopf fast die Knie berührte, fiel völlig schlaff zu Boden, blieb einige Sekunden mit an-

gezogenen Beinen liegen und stand dann ohne Hilfe wieder auf. Späterhin wurde kein Tonusverlust mehr beobachtet. Die Kranke war allerdings auch nicht mehr zum Lachen zu bringen, da der affektive Kontakt mit ihr verloren war. Aber auch das Einschlafen am Tage, das bei ihrem ersten Aufenthalt in der Klinik noch im Vordergrund des Krankheitsbildes gestanden hatte, wurde bei ihrem letzten Aufenthalt nicht mehr festgestellt.

Diese Tatsache des Zurücktretens der narkoleptischen Erscheinungen nach Ausbruch und im Laufe der Entwicklung der Schizophrenie kann als eine Bestätigung für unsere Auffassung der Narkolepsie angesehen werden. In der Zeit ihrer psychischen Gesundheit, als die Kranke schwer unter den narkoleptischen Störungen litt, ihr Auftreten mit Angst erwartete, sich der Zustände schämte, stellten sich die Erscheinungen sehr häufig ein. Späterhin, da sie von den schizophrenen Erlebnissen erfüllt war und die gemütlichen Beziehungen zu ihrer Umgebung sich mehr und mehr lösten, traten die Anfälle zurück. Die Lösung des affektiven Kontaktes zur Umwelt führte zum Schwinden der affektiven Tonusverlustanfälle.

Auch rückblickend können wir keinen Anhaltspunkt dafür gewinnen, daß bei dem ersten Aufenthalt der Kranken (1927) bereits Erscheinungen einer langsam sich entwickelnden Schizophrenie vorhanden waren. Erst 2 Jahre später ist es zu dem ersten Vorboten der Psychose gekommen, unter deren weiterem Fortschreiten die narkoleptischen Erscheinungen schwanden.

* * *

Lebenslauf

Ich bin am 20. Juni 1900 in Berlin als Sohn des Dr. phil. Raphael Löwenfeld, Direktor des Schillertheaters, geboren. Ich besuchte das Bismarckgymnasium in Berlin und bestand die Reifeprüfung zu Ostern 1919. Ich studierte dann an den Universitäten Berlin, München, Hamburg, und Frankfurt a. M., zuerst philosophische Fächer, dann Medizin. Die medizinische Vorprüfung bestand ich in Berlin im Jahre 1922, das Staatsexamen in Frankfurt a. M. im Jahre 1925. Das praktische Jahr absolvierte ich auf der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Darmstadt. Im Jahre 1927 kam ich zuerst als Volontär, dann als Hilfsassistent auf die Psychiatrische Klinik der Heidelberger Universität.

Ich danke insbesondere den Herren Professoren *Wilmans*, *Gruhle* und *Beringer* für die zahlreichen Anregungen und Förderungen bei der Abfassung dieser Arbeit.

Heinrich Löwenfeld